سيكولوجية التدخين البدء ـ الأستمرار ـ الأمتناع ب

عبد المنعم شحاتة





سيكولوجية التدخين

سيكولوجية التدخين

البدء-الاستمرار-الامتناع

الدكتور عبد المنعم شحاته

أستاذ علم النفس كلية الآداب - جامعة المنوفية

الطبعة الثالثة مزيدة ومنقحة



```
الولصف : د/ عبد المُتعَمِّ شَمَاتُهُ
                                رقسم الإيساع: ٢٦٦٦
                                 تاريخ النشر ٢٠١١م
حقوق الطبع والنشر والاقتباس محفوظة للناشر، ولا يُسمح
بإعبادة نشر هذا العمل كاملا أو أي قسم من أقسامه ، بأي
```

الترقيم الدولي : X - 322 - X - 215 - 322 مالدولي

والتبيع يتنشانيه مسنكوال نفنة التبحين

شكل من أشكال النشر إلا بإذن كتابي من الناشر السنسافسد : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع شركة ذات مسئولية محدودة الإدارة والمطابع : ١٢ شارع نوبار لاغلوغلي (القامرة) ت: ۷۹۰۲۲۷ فاکس ۲۹۵۲۰۷۹ الستسوريسغ : دار غريب ٣,١ شارع كامل صدقى الفجالة - القاهرة

- V-17.00 - POPVIPO إدارة التسويق والمعرض النائم عند ٢٧٣٨١٥٢ - ٢٧٣٨١٥٢ TYPALET - TYPALET O البريد الإلكتروني ، DarGhareeb@hotmail.com



إذا عصفت بهمتك «اللقائف» (۱)
وجاءك كيدها كالجيش زاحف
وبت وقد أذابت منك روحا
فعالة سمها ولظاها (۲) عارف
أقم في صدها حربا عوانا
ولا تخديمك في لين المطارف
في أحدشائها سم زعاف

(عن مجلة والعربيء : ٢٢٤ ، يناير ١٩٩٤ ص ٥٩).

(١) اللقائف: السحائر .

(٢) لظاها: نارها.

مقدمة الطبعة الثائثة

يسعـــدني أن أقدم لقراء العربيــة الطبعة الثالثــة من كتاب «سيكولـــوجية التدخين»، والذي يستهدف إماطة اللثــام عن مشكلة شديدة الخطورة يواجهها العالم أجمع، ومن أبرز مظاهر هذه الخطورة:

١- أن معدلات الإقدام على التدخين مازالت تشير القلق، فوفقًا لدراسات منضبطة منهجيًا، تقدَّر نسبة المدخين بين طلاب الثانوي العام الذكور ٨. ١٠٪ وبين طلاب الجامعة الذكور ٢٠٪، وبين عمال الصناعة الذكور أيضًا ٥٢,٤٪ (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٨-١٤٨) هذا في مصر، أما في الأردن فإن دراسة أجريت على عينة من طلاب جامعة الأردن للعلوم والتكنولوجيا بأربد (كانت العينة قوامها ١٥٠ طالبًا وطالبة) أظهرت أن معدل التدخين بينهم ٢ , ٢٨٪ (٢ . ٥٠٪ بين الذكور، ٥ , ٦٪ بين الإناث) Hadded & Malak, 2002) ، وتكشف دراسية أخرى أن نسية المدخنين بين طلاب الشانوي الأردنيين ٥,٥١٪، وبين نظرائهم الإماراتيين ٩,١٥٪ والسودانيين ٣,٥١٪ (عبد الحمليم محمود السيد، ١٩٩٧)، وتتجاوز نسبة المدخنين بين المراهقين الأمريكيين (دون السابعة عشرة من العمر) ٢٨٪ (أي أكثر من ٤٦,٥ مليون أمريكي) بل تشير التقديرات إلى أن أكثر من ثلاثة آلاف مراهق أمريكي يبدأون التدخين كل صباح (www.cdc.gov)، وفي الصين تقدر نسبة المدخنين - وفقًا لدراسة مسحية بمشاركة عينة قومية بـ ٣٤,١٪ (نسبة الذكور بينهم ٦٣٪) (Yang, et al, 1999)، ناهيك عن تقديرات مماثلة في كلي دول العالم، مما يؤكد أن معدلات انتشار التدخين مازالت خطيرة.

٣- يعد التدخين المسئول الأول عن قائمة طويلة من الأمراض التي تؤدي الإصابة بها إلى الوقاة، فإحصاءات مركز السيطرة على الأمراض (CDC) - وهو أمريكي - تشير إلى وفاة ٤٤٠ ألف شخص سنويًا (يمثل الذكور مشهم ٧,٩٥٪) نتيجة الإصابة بأمراض سبسها المباشر التدخين، هذا بالنسبة لأفراد مكتسملي النمو بدأوا التدخين في سن المراهقة أو بعدها، أما إذا كان المدخن أنثى وحاملاً (تكشف الإحصاءات الأمريكية أن ٢,١١٪ مسن الأمريكيات يدخن أثناء الحمل)، وفي دراسة مسحية كندية تبين أن ٧,٣٠٪ ميسن من الكنديات دخن أثناء الحمل)، وفي دراسة مسحية كندية تبين أن ٧,٣٠٪ (www. cdc. gov, Connor & Mcintyre, من الكنديات دخن أثناء الحمل)، وفيا ولادته أو ولادة طفل ضعيف البنية (أقل ووثأ وطولاً ونحواً) ومن المرجح أن يكون مشوهاً أو متأخراً عقلياً.

٣- أن التدخين يؤدي إلى خسائر اقتصادية فادحة تتحثل إما في نقص إنتاجية المدخنين (نستيجة تدهور قدراتهم أو تنقلهم من عمل الآخر أو تغيبهم بسبب إصابتهم بأمراض أحدثها التدخين) تصل قيمتها في مصر التي تعاني من تدني الإنتاجية - إلى ما يوازي ٨٨ مليون ساعة عمل سنويًا تقدَّر قيمتها بمليار جنيه، إضافة إلى ١١ مليار جنيه سنويًا تكلفة علاج أمراض ناتجة عن التدخين، وخمسة مليارات جنيه حجم إنفاق المدخنين المصريين على التدخين، أما في المجتمع الأمريكي، فتتجاوز الخسائر ٤٧ مليار دولار سنويًا إضافة إلى ما بين ٥٠ ٣٧ مليار دولار أخرى تكلفة الرعاية الطبية الأمراض ناتجة عن التدخين (Schall, et al, 2005).

٤- والمظهر الأكثر خطورة، أن منتجات التبغ كافة تسبب الإدمان وأن «النيكوتين» هو العنصر الموجود في هذه المنتجات، ويؤثر في المخ مسببًا هذا الإدمان، وأن كل العمليات الكيميائية الحيوية والسلوكية المحددة لإدمان «النيكوتين» تماثل تمامًا ما يحدث عند إدمان أكثر المخدرات تأثيرًا في الجهاز العصبى كالهيروين والكوكايين . . . وغيرهما (Glover, et al, 2005).

٥- وما يثب الإحساس بالخطر الداهم هو أن إدمان «النيكوتين» (التدخين) يضاعف احتمالات تعاطى المدخن المخدرات، أي أن التدخين بوابة المخدرات، كما كان عنوان الطبعة الأولى من هذا الكتاب، إذ تؤكد البيانات الاقتران الجوهري بين تدخين السجائر والتأهب لتجريب تعاطى المواد الإدمانية بمختلف أنواعها إذا ما سنحت الفرصة لذلك، فـ ١٤٪ من الطلاب المدخنين الذي لم يسبق لهم تعاطى الحشيش أو الأفيون أبدوا استعداداً لتجربتها إذا أتيحت لهم الفرصة مقابل ٢/ فقط من غير المدخنين، كذلك أبدى ٣١/ من المدخنين الذين لم يسبق لهم شرب الكحوليات استعمدادهم لذلك مقابل ٦٪ من غير المدخنين، وأيدت البحوث التالية هذه النسب (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٤)، وتدعم البحوث الأمريكية الفكرة نفسها، حيث يتوسط تعاطى المواد المباحة قانونًا - كالسمجائر والبيرة- بين اللاإدمان وتعاطى مواد إدمانية، حيث تحول ٢٧٪ من طلاب الثانوي بولاية انسويورك، - خلال ٥ إلى ٦ أشهر من بدء التدخين - من تجريب التدخين إلى تعاطى المارايوانا التي كانت بدورها خطوة نحو تعاطى مواد إدمانية أكـــثر تأثيرًا في الجهاز العصبي؛ إذ تحوَّل ٢٥٪ من متعاطى المارايوانا إلى تعاطى عقار LSD أو الأمفتامينات أو الهيروين، وذلك مقابل ١٪ من غيسر المدخنين (Kandel, 1978)، مما يؤك. د خطورة التدخين.

من هنا ضرورة تكثيف الجهود في مكافحة التدخين، وإحدى صور هذه المكافحة هي التـوعية، إذ ينزلق المراهقون إلى التدخين بسبب مزاعم تجذبهم إليه، وهدف التوعية هو كشف زيف هذه المزاعم، وتقديم الدليل على خطئها حتى يعرف المراهقون حقيقة ما هم مقدمون عليه.

وهذا هو هدف الكتاب الذي بين يديك والذي يفيد كلاً من:

أ- المراهق الذي تراوده فكرة تجريب تدخين السجائر، إما استكشافًا لما
 يحدثه التدخين، وإما تقليدًا لشخص (زميله أو والله أو نجم سينمائي معين)

يحبه، وفي كلتا الحالتين، هذا المراهق بحاجة لمعسرفة نتائج ما قد يقدم عليه، وهذا هدف الكتاب الحالى.

ب- الراشد المدخن والذي يفكر في الامتناع عن التدخين، وربما حاول ذلك ولم ينجح، فيقدم له هذا الكتاب إجابات عن أسئلة مثل: لماذا يستمر في التدخين على الرغم من رغبته المتزايدة في التوقف؟ ولماذا فشلت محاولاته للامتناع عن التدخين؟ وما هي شروط نجاح قراره بالامتناع عن التدخين؟ أي كيف يمتنع دون انتكاسة أو معاودة التدخين؟

جـ المهتمين بصحة أبنائنا من آباء وأمهات ومدرسين وأطباء وأخصائيين
 اجتماعيين ونفسيين، وغيرهم، الذين يحتاجون معلومات عن سلوك
 التدخين: كيفية البدء وكيفية الاستمرار وكيفية الامتناع وكيفية الوقاية.

وأخيرًا وليس آخرًا، فإن دعمك عزيزي القارئ واستقبالك للكتاب هو ما بدفعنا لتطويره، الشكر لك سلفًا، والشكر لصاحب دار غريب ولرجالها، فلولا جهدهم ما رأى هذا الكتاب النور.

عبد المنعم شحاته

شبين الكوم: يوليو ٢٠٠٦

مقدمة الطبعة الثانية

على مدى العقود الماضية شهد العالم بأسره حملة مضادة للتدخين، كانت قوية وذات استمرارية في بعض مناطقه، خصوصًا دول الشمال الغنية، وكانت خافتة وموسمية في مناطق أخرى من العالم وبخاصة في الدول النامية، والملاحظ أن هذه الحملة قد حققت بعض أهدافها، وأخفقت في تحقيق البعض الآخر.

وتتمثل مؤشرات نجاح هذه الحملة في زيادة انتباه الأطباء ورجال الإعلام والتربية إلى أضرار التدخين الصحية والاجتماعية، كذلك تتمثل في تزايد رغبة المدخنين في الامتناع عن الستدخين، بل ونجاح البعض منهم في ذلك، فعلى سبيل المشال امتنع خمسة عشر مليون أمريكي عن التدخين فيما بين عامي ١٩٨٢ - ١٩٩٢، كما أنه بحلول عام ٢٠٠٧ سيحظر التدخين حظراً تاماً في النرويح وسنغافورة حيث ستعامل فيهما منتجات التبغ معاملة المخدرات.

وأما مظاهر إخفاق الحملة المضادة للتدخين في تحقيق أهدافها فتتمثل في وجود نسبة لا بأس بها من الذين يدخنون بكشافة، كذلك وجود نسبة لا يُستهان بها من المراهقين المهيئين لبدء التدخين، وتزايد معدلات الذين يبدأون منهم التدخين مبكراً؛ إذ تكشف مسوح البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٩٩٨) عن زيادة نسبة الطلاب الذين يبدأون منهم التدخين مبكراً، أي وهم دون الثانية عشرة من العمر، وزيادة الذين يدخنون منهم بكثافة. أضف إلى ذلك أن تدخين السجائر مازال

يمثل المشكلة الصحية الأولى في العالم، فالأدلة تؤكد أنه عامل مخاطرة لأمراض تؤدي إلى الموت كأمراض القلب والسرطان، فعلى سبيل المثال: يظهر تقرير منظمة الصحة العالمية والصندوق الملكي لمكافة التدخين بالدول به إكسفورد، أن ثلاثة ملايين بالدول الغربية، وسبعة ملايين آخرين بالدول النامية يتوفون نتيجة أمراض يسببها التدخين، وأن هذين الرقمين سيتضاعفان ثلاث مرات حتى عام ٢٠٢٥م.

ولهذا السبب أفتى سماحة الشيخ محمد إبراهيم آل الشيخ - مفتي الديار السعودية الأسبق - بتحريم الدخان، وكذلك أفتى الشيخ عبد العزيز ابن بار مضتيها السابق، وفضيلة الشيخ المرحوم جاد الحق - شيخ الأزهر السابق- ووافقهم في هذا الدكتور يوسف القرضاوي، معتبراً أن التدخين حرام؛ لأنه يضر بالضرورات الخمس: الدين - والوطن - والنفس- والنسل- والمال، ويؤكد البابا شنودة الثالث أن الدين يحرم التدخين؛ لأنه ضار، ويؤذي الآخرين، وأنه دليل ضعف الإرادة، واستشهد نيافته بقول الكتاب المقدس: «كل شيء أحل لي إلا ما تسلط منها على».

وشهدت الدعوة لحظر التدخين وتنييده دعمًا قويًا لها في مصر خلال أغسطس ١٩٩٧، وذلك حينما طالب الرئيس مبارك أجهزة الدولة بضرورة الحزم عند تطبيق القانون رقم (٤) لسنة ١٩٩٤ - وقد صدر تعنديل للقانون رقم (٧٥) لسنة ١٩٨١ - والذي يحظر التدخين في المحال العامة والأماكن المغلقة، واستجابة لهذه التوجيهات، نظمت أجهزة الدولة - وعلى رأسها وزارة الصحة - حملة قومية لمكافحة التدخين وحماية غير المدخين.

وندعو الله أن يكتب الاستسمرار لهذه الحملة، ولا تكون كسابقستها التي حدثت عام ١٩٨٧، ولم تستمر إلا لأسابيع قليلة، ونرجو أن يتسع نطاق هذه الحملة في الزمان وفي المكان، في الزمان بحسيث تستمسر حتى تصبح مسصر كغميرها ويتناقص فحيها معدلات التدخين بدلاً من الزيادة المسنوية في أعداد المدخنين والتي تتراوح ما بين ٨ و ١٠٪، وأن يتسع نطاق هذه الحملة القومية في المكان لتشمل كافة أنحاء الجمهورية بنفس الزخم والحماس الذي هي عليه في القاهرة.

وفي هذا الصدد، نأمل أن يقدم هذا الكتاب بعض العمون في مجمال زيادة الوعي بمخاطر التدخين، وبكيفية مواجهته.

ويمثل هذا الكتباب تعديلاً لكتباب صدر قبل خمس سنوات بعنوان «التدخين بوابة المخدرات»، فقد تمت مراجعته في ضوء البحوث التي صدرت خلال هذه السنوات الخمس، بما يمثل تحديثًا للكتاب يجعله مواكبًا للحظة الراهنة.

وكل التقدير مني لمن ساهم في تقديم هذا الكتاب لك عزيزي القارئ، سوء كان من قراء الكتاب الأول لملاحظات بعضهم المشجعة، أو كان من رجال دار غريب للنشر، فبفضل أياديهم المخلصة رأت هذه الطبعة النور.

عبد المنعم شحاته

الشهداء: أغسطس ١٩٩٧

مقدمة الطبعة الأولى (*)

يعد تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية (المخدرات) أكثر مشكلات القرن العشرين خطورة؛ إذ تلحق الأذى الشديد بكل من الأفراد والدول على السواء، ويتحقق هذا الأذى بغض النظر عن نوع المادة المتعاطاة، وعن جرعتها، فبالنسبة للأفراد، تكشف البحوث (عبد الحليم محمود السيد وآخرون، ١٩٩٠، مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٩٩٧، (١٤٧ مصطفى المتعاطين: (Kandel, et al., 1978) أن المتعاطين:

ا- يعانون من أمراض جسمية واضطرابات نفسية بدرجة تزيد - بشكل دال إحصائيًا- عن معاناة غير المتعاطين المناظرين لهم، ولا يقتصر الأمر عند هذا الحد، بل يعاني أطفال المتعاطيات حديثو الولادة من هذه الأمراض، أكثر عما يعاني أطفال غير المتعاطيات، كما أن معدلات أوزانهم وأطوالهم أقل كثيرًا بالمقارنة بأطفال غير المتعاطيات.

 ٢- يعانون من تدهور مستمر في مهاراتهم النفسية، والحركية والمعرفية بالمقارنة بغير المتعاطين.

٣- يتسمون بخصال سلبية مثل ضعف الهمة والإحساس بالانقباض والاغتراب وسوء التوافق الاجتماعي والمهني والتخلي عن المسئوليات الحياتية، والاندفاعية والعدوان، كما لوحظ ارتفاع الميول الإجرامية لديهم؟ إذ يرتكبون الجرائم (مثل: الابتزاز - التزوير - السرقة - الدعارة. . . إلخ) بدافع الحصول على أموال لازمة لشراء المخدر.

^(*) وكان عنوان الكتاب حينلا والتدخين: بوابه الخدرات،

وبالنسبة لملدول، فإن تعاطي المخدرات يكلفها أموالاً طائلة (* في مطاردة المهريين، وفي العناية بالأضرار (المرض والمعجز والحوادث) المترتبة على تعاطي ما جلبوه من مخدرات، كما يفقدها أموالاً ضخمة نتيجة نقص إنتاجية المتعاطين، إما بسبب تغيبهم الكامل عن العمل أو لضعف قدراتهم ومهاراتهم اللازمة لأدائه، خصوصًا وأن بحوثًا عدة (أجنبية ومصرية) (مصطفى مسويف وآخرون، ۱۹۸۷: ۱۹۸۷; Heller, et: ۲۱ (al, 1986; Chandler, 1988 الشباب ودون العشرين من العمر غالبًا، بمعنى أن بدء التعاطي يصاحب دائمًا الشباب ودون العشرين من العمر غالبًا، بمعنى أن بدء التعاطي يصاحب دائمًا بدء إسهام الفرد في الإنتاج، فيضعف هذا المتعاطي قدراته الجسمية، ويحدث تدهورًا في قدراته النفسية ومهاراته الاجتماعية، وتشتد وطأة هذا التدهور وذاك الضعف كلما كان المتعاطي صغير السن، وكل هذا يقلل من الطاقة المنتجة في المجتمع.

لذلك تؤرق المخدرات المسئولين في دول العالم أجمع، شرقية كانت أو غربية، متقدمة كانت أو متحفظة، وتدفع الجميع - فرادى أو مجتمعين - إلى تلمس السبيل لمواجهة المشكلة، ويتمثل الاهتمام العالمي بهذه المواجهة في دور الأمم المتحدة، فبالإضافة إلى الجهود الحثيثة لهيئة الصححة العالمية، والمنتظمة على مدى العقود الثلاثة الماضية، فقد دعت الجمعية العامة في قرارها الصادر في ١٩٨٧/١/ ١٩٨٥ إلى عقد مؤتمر دولي يتناول المخدرات، وبعد أقل من عامين وفي أواخر يونيو ١٩٨٧، عقد في «فيينا» «المؤتمر الدولي للمخدرات: التعاطي والاتجار غير المسروع» بحضور ممثلين عن ١٣٨ دولة وأكثر من مائتي

^(7) تشير البيانات المتضمنة في الكتيب الذي وضمنه Deborah Willoughby والممنون وكوكايين، أفيون، ماريوانا: مشكلة عامة، مواجهة عامةه- والذي نشرته هيئة الاستعلامات الأمريكية في مايو ١٩٨٨ - إلى ضخامة النمويل الذي تتحمله كل دولة في مطاودة مهربي اغفارات وإبادة الحقول المزروعة نباتات مخدرة (الحيون - كوكا - قنب) وتفمير معامل معالجتها وشبكات ترويجها.

منظمة إقليمية وشعبية مهتمة بمشكلة المخدرات، وتمثل توصيات هذا المؤتمر إطاراً للمحالجة الشاملة للمشكلة، ولم يقف الأمر عند هذا الحد، فقد أصدرت الجمعية العامة في ٢١/ ١٩٨٩ قراراً يدين الاتجار في المخدرات، ولم ويطالب الدول الأعضاء بوضع مشكلة المخدرات في قائمة الأولويات، ولم يمض شهران حتى عاودت الجمعية العامة مناقشة المشكلة في الفترة من ٢١ إلى ١٢٤/ ١٩٨، وحثت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة على ضرورة التعاون المتبادل في ميادين مكافحة المخدرات.

وانطلاقًا من هذه القرارات، ومن الآثار الخطيرة لتعاطي المخدرات والتي تنوء بحملها خزينة أية دولة مهما ارتفعت مواردها، نظمت على الصعيدين القومي (*) والدولي حملات مكثفة لمواجهة المخدرات، وتركز على محورين رئيسين:

الأول: خفض المعروض من المخدرات، وضرب شبكات ترويجها في أي مكان وهذا واجب رجال الشرطة والقضاء.

الشاني: خفض السطلب على المخدرات من خسلال علاج المتعاطين وتأهليهم نفسيًا واجتسماعيًا، ومن خسلال وقاية المراهقين من بدء تسعاطي المخدرات، وهي الخطوة الاكثر فعالية في خفض الطلب على المخدرات، ومع ذلك، فلم تنتبه له الدول والحكومات إلا في الأعوام الاخيرة (***).

^(«) مثال ذلك، ما تم في مصر أعوام ١٩٨٨، ١٩٨٩، ١٩٩٩، وعبر وسائل الإعلام القومية من صحافة وإذاعة وتليفزيون، من تكثيف الدعوة إلى الشباب لقول: «لا للمخدرات» وهي جزء من حملة دولية تنظمها جمعية دبرايد» (الجمعية القومية لتوعية الأسرة للوقاية من الإدمان) التي تأسست عام ١٩٧٧ في الولايات المتعدة، وتكون فرع لها في مصر.

^(**) تحدّر الإنسارة إلى الدور الحيوي الذي يلعبه صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي النابع فجلس الوزراء المصري والذي تأسس صنة ٣ - ٥ - ٣ ويقوم بحملات مكثفة خفض الطلب على انخدوات إما من خلال الوقاية من بدء التعاطئ أو علاج المتعاطين.

وعلى الرغم من التطور الذي يعكسه تنفيذ هذه الحملات، إلا أنها مازالت تغفل نقطة لها أهميتها البالغة في نجاحها، وهي المدخل أو البوابة التي يدخل منها الفرد عالم التعاطي بكل مآسيه، ألا وهي "تدخين السجائر"، فالسيجارة هي البداية بالنسبة للمتعاطين لكل أنواع المخدرات تقريبًا، ويعجب أن تكون البداية – أيضًا – لكل حملات خفض الطلب على المخدرات، وبإغفال هذه البداية تفقد تلك الحملات مدخلها الذي ييسر لها تحقيق آثارها المرجوة.

لذلك، كـان وضع هذا الكتـاب، الذي يبين عـلاقة تدخين الـسجـائر بتعاطي المخدرات، وكيف أنه بوابة هذا التعاطى، وهو يتضمن:

ا - تمهيـ د يبين كيف عرف عـ المنا المعاصـ و تدخين السجائر، ومــتى كان ذلك، ومدى انتشار التدخين في دول العــالم، مع التركيز على مدى انتشاره في مصر خاصة.

٢- فصل يتناول الأضرار الخطيرة للتدخين، بدنيًا ونفسيًا واجتماعيًا
 بالنسبة للفرد، واقتصاديًا بالنسبة للدولة.

٣- ويتناول فسصله الشاني المتسفسيرات الستي تشجم المراهقين على بدء
 التدخين.

إما الفـصل الثالث، فيشـير إلى المتـغيرات التي تحث الـفرد على
 الاستمرار في التدخين، والنظريات المفسرة لهذا الاستمرار.

٥- أما الفصل الزابع، فيتناول رغبة الفرد في الامتناع عن التدخين،
 والأساليب النفسية التي تساعده في ذلك.

٦- ويبسرز الفصل الخامس أهمية وقاية المراهقين من بدء التدخين،
 وكيفية هذه الوقاية.

٧- ثم يقترح الفصل السادس - والأخير- بعض الأساليب الواجب
 اتباعها لـتخليص المجتمع من ظاهرة تدخين الســجاثر، وبالتــالي
 التغلب على مشكلة المخدرات.

وقبل استعراض هذه الفصول، نرجع الفضل لأهله، وعلى رأسهم أستاذي الدكتور عبد الحليم محمود السيد- رئيس قسم علم النفس بكلية الأداب بجامعة القاهرة - الذي أشار علي بوضع هذا الكتاب، وتابع وضعه خطوة خطوة، موجها هذا الوضع بآرائه الشرية، ورؤاه الثاقبة، أما أخي الدكتور طريف شوقي - كلية الأداب ببني سويف- فقد أسهم في توضيح الرؤية بانطباعاته المشجعة، وملاحظاته الموضوعية، أما أخي الدكتور أحمد علم الدين- كلية الفنون التطبيقية بجامعة حلوان- فله فضل نقل المعنى في أشكال بديعة على بساطتها وجمالها.

وأخيرًا، جـزى الله خيرًا زوجتي وابنتي علـى تضحياتهمـا التي يسرت وضع هذا الكتـاب، وجزى الله خـيـرًا صاحب مكتبــة الزهراء ورجالهـا، فلولاهم ما رأى هذا الكتاب النور، جزى الله الجميع عنى خيرًا.

عبد المنعمر شحاته

الشهداء: سبتمبر ١٩٩٢

تهيد

عرف الصينيون زراعة التبغ، ودخنوا أوراقه، وكذلك الهنود الحمر في العالم الجديد (الأمريكتين)، إلا أن المؤرخين يؤكدون أن عالمنا المعاصر عرف زراعة التبغ واستخدامه في صناعة السجائر مع بداية الاكتشافات الجغرافية الأوربية في القرن الخسامس عشر الميلادي؛ إذ لاحظ مستكشف والعالم الجديد الأوربيون (*) أن سكان الأمريكتين (أي الهنود الحمر) كانوا يزرعون التبغ، ويستمعون بتدخين أوراقه في قصبات من الطين ذات قصاع من النحاس (نيفنز وكوماجر، ۱۹۸۲ ، ۷)، وقد عرف العالم القديم (أوربا والشرق) التبغ بعد ذلك على هذا النحو:

۱٤٩٢ لاحظ اثنان من ضباط كــولمبس وهما الويس دي تورس Torres وجرز Jerez أن الهنود يدخنون التبغ.

۱۵۱۲ نقله «دين ليون deLeon إلى البرتغال» (**).

١٥٥٦ نقله «ثافت؛ من البرازيل إلى فرنسا .

⁽ق) ذكر اثنان من بحارة دكوليس؛ أن سكان الأرض الجديدة يدخنون نوعًا من العشب تبين فيما بعد أنه التبغ، وكان الرحالة الإيطالي وكوليس؛ أن الستكشفين لهده الأرض لصالح إسبانها وحيث وصل إلى جزر الهاماه ووكوباه ومانيي، في أكتوبر عام ١٩٩٧، وسميت هذه الأرض الجديدة باسم وأمريكا، نسبة إلى وأسركو فسبونشي، Amerigo Vespensico الذي اكتشف والبراؤيل؛ عام ١٥٠١، كما اكتشف جون كما بوت Caboot ولصالح إنجلترا كلا من ولبرادور، وونيوفند لاند، في عام ١٩٠٧، واكتشف الفرنسي جاك كارتبيه Catind كدافي عام ٥٠١، ما ١٥٠٥ المكسيك جاك كارتبيه And Cortez المريز، ١٤٩٨، واحتل الإسبان بقيادة «هرناندو كورتيز، Cortez المكسيك في عام ١٥٠١، (١٤٩٠ - ٢٧١).

⁽ هـ») يقال : إنّ أحد بحارة كوليس ويدعى دورد ريجوري خبريث: هو أول من جلب النبغ معه من أمريكا إلى البرتغال وعادل اللمرداش، ١٩٨٧ : ٥ • ٢ ٧) .

١٥٥٨ زرع التبغ في البرتغال ونقله اهرنانديس، إلى إسبانيا.

١٥٥٩ وصف النيوكت Nicot خصائصه الطبية، وزرعه اهرنانديس» (الطبيب الشخصى للملك فيليب) في إسبانيا.

١٥٦٥ نقله «هــوكنز Howkins» إلى إنجلترا، ودخنه فــيها رالف -Ra laigh، ونقله «جسنر Gesner» إلى زيورخ.

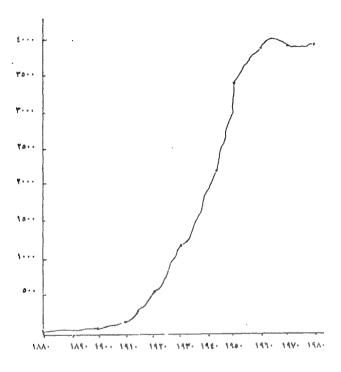
١٥٧٣ زرع التبغ في إنجلترا .

۱٦١٧ - ١٦٠٧ نقلت عادة التدخين إلى تركيا (Lancker, 1977).

وخلال القرن السابع عشر، أصبح المتبغ أكثر المحاصيل رواجًا في أوربا، فبعد إنشاء أولى المستوطنات الإنجليزية في «فرجينيا» عام ١٦٠٧، والتي سميت «جيمس تاون»، تعلم أحد مستوطنيها زراعة التبغ من الهنود الحمر، وحقق في عام ١٦١٧ أرباحًا طائلة نظير بيع محصوله في أسواق «لندن»، مما شجع كل سكان المستوطنة على زراعته، ولم تحض سبع سنوات، حتى اكتسب التبغ قيمة تجارية عالمية، وأصبح المحصول الرئيسي الذي تتم مقايضته بالسلع الضرورية، بل وأصبح معيارًا للتعاملات بين المستوطنين، ففي عام ١٦١٩ بدأت إنجلترا إرسال فوج من الحسناوات الشابات ليصبحن زوجات للقادرين من المستوطنين على دفع نفقات نقلهن بواقع مائة وعشرين رطلاً من التبغ لكل واحدة، وفي عام ١٦٣٧ أجاز المجلس التشريعي (النيابي) في «فرجينيا» زيادة الحصة التي يؤديها كل مستوطن فيها لرجال الكنيسة كضريبة عامة، والتي كانت قبل هذه الزيادة عبارة عن عشرة أرطال تبغ (المرجع نفسه).

وهو ما يشير إلى تزايد معدلات زراعة التبغ، وتزايد - بالتالي-معدلات استمهلاكه، وأدى تدخين التبغ من قبل عدد من الشخصيات البارزة في القرنين السابع عشر والثامن عشر الميلاديين، كالملوك والأباطرة (مثل الملكة اشارلوث، زوجة جورج الثالث، والملكة اكاترين، الكبرى اوبيتر الأكبر») والفلاسفة (مثل: «فرنسيس بيكون» ، و (فولتيرا) والساسة (مثل: (بسمارك) والأدباء (مثل: «مارك تـوين» و«شارلز لامب» و«كبلنج»)، وحمـاس بعضهم الشديسد للتبغ ودعوتهم لمواطنيهم إلى ممارسية تدخينه- كيما ورد في كيتاب «فرنسیس بیکون» نشر سنة ۱۹۲۹ بـ لندن- وفي عام ۱۸۶۰ تمکن الفرنسیون من صنع السلجائر بلف التبغ داخل ورق رقبيق، وفي عام ١٨٥٠ قيام الإنجليزي افيليس مورس، بصنع السجائر يدويًا وبيعها بالجملة، وكذلك تمكن الدوق الإنجليزي جيمس باكينان Buchanan، وبمساعدة يهود بولنديين، وروس جلبهم معمه إلى أمريكا، من تصنيع السجائر آليًا ابتداء من عمام ١٨٦٧م. وفي عسام ١٨٨٠ تمت ميكنة صناعة السمجائر (رنوفان، ١٩٧١: ١١- ٢٣؛ عسادل الدمرداش ١٩٨٢: ٢٥١)، كيل هذا أدى إلى تعساظم معدلات استـهلاك التبغ أواخر القرن التاسع عشر وطوال العـقود الماضية من القـرن العشـرين (*) ، وعلى سـبيل المشـال، يوضح شكل (١) تزايد القـدر المخصص من السجائر لكل مـواطن أمريكي تجاوز عمره الخامسة عـشرة عامًا فيما بين عامي ١٨٨٠ ، ١٩٨٠ ، أي على مدى يزيد على قرن من الزمان، ويبين الشكل أن مــتوســط عدد الســجائر المــستــهلكة سنويًا قــد تزايد بشكل ملحوظ فيسما بين عامي ١٩٦٠، ١٩٦٥ ففي بداية هذه الفتـرة كانت الحرب العالمية الأولى، حيث كان يتم توزيع علبة سجائر مجانًا على كل جندي، مما ساعــد على شيوع عادة التــدخين، وسجل العقــد الخامس (١٩٤٠–١٩٥٠) أعلى معدل لهـذا الشيـوع، ربما بسبب الحـرب العالميـة الثانيـة، ومشـاركة الشباب- ومن الجنسين- في أداء خدمات عسكـرية عبر البحــار، بشكل هيأ معظمهم وخصوصًا الإناث- نفسيًا وماديًا للإقدام على تدخين السجائر،

⁽ ٧) كذلك كان تأثير تدخين قائد ثوار بوليفيا وجيفار، الذي قتل سنة ١٩٦٧ .



شكل (١) يوضح معدلات إستهلاك السجائر قى الولايات التحدة فيما بين عامى ١٩٨٠ – ١٨٨٠

كمـا ساهم في زيادة معدلات التبكير (بدء التدخين مبكراً) في بدء التدخين (رنوفان، ۱۹۷۱: ۲۰۲-۲۰۱ عادل الدمرداش، ۱۹۸۲: ۲۵۲).

وتؤكد البيانات المفصلة المتاحة (بعد عام ١٩٥٥) عن تدخين السجائر في المجتسم الأمريكي، أنه في الوقت الذي تتناقص فيه نسبة المدخنين إلى إجمالي السكان الذين تجاوزوا العشرين عامًا من عمرهم، فإن هذه النسبة ترتفع ارتفاعًا مخيفًا فيما بين الذين هم دون العشرين من العسمر، وفيما بين الإناث منهم على وجه التحديد كما يظهر من جدول (١).

جدول (١) نسب المدخنين الأمريكيين إلى إجمالي السكان أعوام ٥٥، ٥٦، ١٩٧٥

1970 1970			1900						
Z	الدخنون منهم	جملة المكان	7.	الدخنون منهم	جملة السكان	Z.	الدختون منهم	جملة السكان	البيان
Y1 Y9 Y0 Y1	7,1 Yo,4 Y,4 Y),.	10,. 11,1 11,0 YY,Y	14 07 1. TY	Y,T T+,+ 1,Y	17,£ 07,A 17,.	Y. 0Y 1	1,0 Y1,0 .,Y	V,7 0.,9 A,.	خكوردون العشرين من العمر ذكور الوق العشرين من العمر إلاث دون العشرين من العمر إلاث دون العشرين من العمر

(*) الأرقام بالمليون . (نقلاً عن: 1977 Lancker,

الذي يوضح أن نسب المدخنين بين الذكور أعلى من نظيرتها بين الإناث، سواء تمت المقدارنة بين المراهقين والمراهقدات، أو بين الراشدين والراشدات، إلا أن تفاوتًا ملحوظًا بين هذه النسب يرجع إلى العمر، فبينما تقل نسب المدخنين فيحا بين الراشدين والراشدات عام ١٩٧٥ عن مثيلاتها عامي ١٩٦٥، أو ١٩٥٥، تزيد نسبتهم فيما بين المراهقين والمراهقات، وتكون هذه الزيادة أكثر وضوحًا فيما بين المراهقات (Leader, 1977).

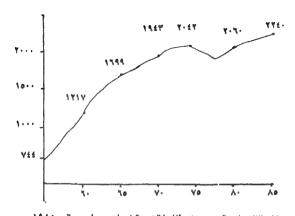
وتشير الإحساءات إلى أن معدلات تزايد استهلاك الأوربيين للسجائر ما هي عليه في أمريكا (المرجع نفسه)، ويقدم شكل (٢) صورة هذه الزيادة في ألمانيا الغربية كنموذج لبلدان أوربا، كذلك تشير إحصاءات الأمم المتحدة إلى أن أكثر من نصف رجال العالم الثالث (الدول النامية) يدخنون (**) ويوضح شكل (٣) معدلات زيادة استهلاك سكان العالم كله من السجائر خلال الربع الماضي من القرن العشرين والتي تقدر بـ: ٣١٨ مليار سيسجارة سنة ١٩٧٠، وإلى ٤٥٦٣ مليارًا سنة ١٩٧٠، وإلى ٤٥٦٣ مليارًا سنة (Uma Ram Nath, 1986: 82' Chandler, 1980)

وقد عرف العرب تدخين السجائر عن طريق الأتراك، الذين تعرفوا عليه من الأوربيين، ومن فرنـسا بوجه خـاص، فيمـا بين عامي ١٥٠٣، ١٥٧٢، حيث كانت تربطها آنذاك بتركيا علاقات تجارية قوية جدًا (رنوفان، ١٩٧١).

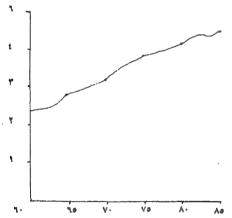
ونقل الأتراك زراعة التبغ إلى مصر عام ١٥٨٩، أي بعد الفتح العثماني لها، وكمانت مصـر تصدر التـبغ منذ أن بدأت زراعتـه وحتى أصـبحت هذه

(ه) وهناك تزايد ملحوط في استهلاك سكان العالم الشالث للتبغ، فيهنما كانوا يستهلكون ٣٧٪ من جملة ما يستهلكون ٤٠٪ من جملة ما يستهلكه العالم أجمع في الستينات من القرن العشرين، إذ بهم يستهلكون ٤٠٪ عنه منه ١٩٧٧، ويتوقع الخبراء تضاعف هذه النسبة صنة ١٩٧٥، ومع هذه الريادة. بعد التدخين في الدول النامية أكثر خطورة منه في المول النقدمة، إذ يختلف القدر اللي تحتويه السجائر من العناصر الكيمائية ويوضع الجدول العالمي هذا الاختلاف (نقلاً عن Ball, 1986).

لكل سيجارة	اسم السيجارة	
فيلبيين	أمريكا	<u> </u>
44,44	11	کنت (کینج)
44,40	77	لكي إسترايك
77,17	14	مارلبورو (کینج)
Y0, -1	17	مارليورو (۱۰مجم)
47,74	14	ونستود (کینج)



شكل (٢) تطور التدخين في المانيا الغربية فيما بين عامى ٦٠ - ١٩٨٥



شكل (٣) معدلات استهلاك العالم للسجائر فيما بين عامي ٦٠ -- ١٩٨٥٠

الزراعة محظورة في مصر، أي منذ عام ١٨٩٠، وذلك لاعتبارات جسركية واستعمارية (فقد احتلت اإنجلترا) مصر عام ١٨٨٢، وكانت إنجلترا تزرع التبغ)، وقد نقل الأتراك والأرمن واليـونانيـون صناعـة منتـجـات التـبغ-وخصوصًا السجائر- إلى مصر في القرن التاسع عشر، وحققت هذه الصناعة تزايداً مطرداً في القرن العشرين، فعلى سبيل المشال كانت نسبة الزيادة في الكمية المنتجة من السجائر (وتمثل ٥٠,٨٧٪ من إجمالي قيمة منتجات صناعة التبغ المصرية) أعوام ١٩٧٢م، ١٩٧٦، ١٩٧٧، ١٩٧٨، بالمقارنة بمثيلتها عام ١٩٦٥ هي: ١,١٤٪، ٣,٣٧٪، ٨٩٪، أو ١٠٦٪ على التوالي (*) . وقد صاحب هذه الزيادة في الإنتاج زيادة في معدلات الاستهلاك لدى المصريين، فقد بلغ ما استهلكه المصريون من سجائر عام ١٩٥٢ حوالي ١١٤٠٠ طن، عسام ١٩٦٥ حسوالي ١٩٧٦م/٢٧٤٥من، ارتفسعت في عسام ١٩٧٦ إلى ٢٢٢٥٧,٣٥ طن، وأصبحت في عام ١٩٧٧ أكشر من ٢٥٠٧٢,٣ طن، ثم فی عام ۱۹۷۸، ۲، ۲۸۰۰۷ طن، وفی عسام ۱۹۷۹، ۳۰۸۹۰، ۳۰ طن، أما ني عام ١٩٨٠، فـقد أصبحت ٣٤١٩٢,١ طن، وهو مـا يشيسر إلى تزايد معدلات استهلاك المصريين للسجائر بنسبة تفوق الـ ١٠٪ سنويًا؛ إذ قسدر ما يستهلكونه من سـجائر بـ: ۲۹٫۹ مليار سيـجارة سنة ۱۹۷۹، ۳۲٫۵ مليار سنة ١٩٨٠، ٣٥ مليارًا سنة ١٩٨١، ٣٧ مليارًا سنة ١٩٨٢، ٤٤ مليارًا سنة ١٩٨٣، و٦٠ مليار سيـجارة عام ٢٠٠٤، كما أن أعـداد المدخنين المصريين تتزايد بمعدل سنوى ٨,٧ (Chandler, 1998) . وقد قدرت إحدى الدراسات (Gomma, 1982) التي تقوم بدراسة مدى انتشار تدخين السجائر في المجتمع المصرى من خلال تناول عينة ممثلة له، أن ٧,٧٪ من الذكسور الذين هم دون العشريـن عامًا، و٥٨٪ من الذين تراوحت أعمارهـم بين العشرين والأربعين

^(*) تقرير الجيهاز المركزي للتعبشة العامة والإحصاء عن صناعة ومنتجات التبيغ، القاهرة، فبرايو 14.0 : 19 -٢١، انظر كذلك المرجع Uma Ram Nath. 1986: 85 - المناطقة المتناطقة المتناط

سنة، و٧٩,٨٥٧٪ من الذين تراوحت أعمارهم بين الأربعين والستين سنة، ٣٥ / ٢١٪ من الذين تجاوزوا الستين عامًا من السعمر يدخنون، وتؤكد الدراسة أن تدخين السجائر مازال غير منتشر بين الإناث المصريات بصورة انتشاره بين الاناث في الدول الغربية؛ إذ لم الذكور المصريين، أو حتى بنسبة انتشاره بين الإناث في الدول الغربية؛ إذ لم تتجاوز نسبة المدخنات – في عينة تلك الدراسة – ١,١٩٩٪.

وفي تقرير لوزارة الصحة المصرية (نشر ملخصه في مجلة نصف الدنيا، عدد ۸۲۸ بتاريخ ۲۰/ ۲۰۱ م ۳۵ – ص۳۹) أن ۱۶ ألف طفل دون العاشــرة دخلوا دائرة التدخين، وأن ۱۷٪ من الرياضــين، ۲۲٪ من طــلاب الجامعات، ۲۲٪ من المدرسين، ۲۱٪ من الأطباء يدخنون.

وفي دراسة (نـشر ملخـصها بجـريدة الأهرام، العدد ٤٣٦٤١ بـتاريخ ٢/٢/٢) أجراها المركـز الإقليمي لمكتب شـرق المتوسط بمنظمة الصـحة العالمية وعنوان الدراسة «الشباب والشيـشة» أجريت بمشاركة ٥٥٨٥ شابًا وفتاة في خمس محافظات مصرية، تـتراوح أعمارهم بين ١٥ و٣٥ سنة، وكشفت عـن أن ٨٠٪ منهم بدأوا تدخين الشيشة قـبل سن ١٨ سنة، حيث أصبحت المقاهي بشكلها المطور المعقل الأول لممارسة تدخين الشيشة، وإن أشار بعضهم إلى أنه دخن الشيشة لأول مرة ببيته.

أما الدراسات الوبائية التي أجراها البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي (المصري) للبحوث الاجتماعية والجنائية فتشير إلى أن نسبة انتشار التدخين بين طلاب الثانوي الذكور هي ١٠,٨٪ مقابل ٢٠٪ من طلاب الجامعة الذكور (مصطفى طلاب الجامعة الذكور (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٧-١٤٨).

وهكذا يتـضح لنا مما أسلفنــا أن هناك تزايدًا مطردًا في أعــداد المدخنين على مستــوى العالم، فهذا التــزايد نلحظه في الدول النامية أو المتخلفــة (كما

توضح صورة انتشار التدخين في مصر) وللحظه أيضًا في الدول المتقدمة (مثل الولايات المتحدة)، كما نلحظه أكثر بالنسبة للمراهقين والفتيان الذين هم في مقتبار العمير ودون العشرين عامًا، سواء كان هؤلاء الفتيان في دول نامية أو دول متقدمة، والفارق بين العالمين، هو تزايد نسب المدخنات في العالم المتقدم بدرجة تقترب من نسب المدخنين فيه، بينها تظل نسبتهن في العالم النامي ضئيلة بالمقارنة بنسبة المدخنين فيه، أو بنسبة المدخنات في العالم المتقدم أو الغربي، ولأن الدارسين لهمذه الظاهرة قد وجمدوا علاقة بين تزايد معدلات تدخين الإناث وتغيير دورهن في المجتمع ووضعهن الاقتصادي والاجتماعي (Leader, 1986)، فإننا نتوقع اختلاف نسبة المدخنات بالعالم النامي في المستقبل عما هي عليه الآن للتغيرات الاجتماعية التي عايشتها دول هذا العالم في النصف الثاني من القرن العشرين. وتدعم دراسة «بيفيديت» Buivydaite وزملائه والـتي أجريت في اليـتوانيا، (٢٠٠٣) هذا الاسـتنتاج، حـيث تبين مسوح أجريت على مدى عشرين عامًا مضت أن أعداد المدخنات متوسطات العمر تزيد بمعدل ٧٠٢٪ كذلك تكشف دراسة أجريت على طلاب جامعة «أربد» الأردنية (كانت العينة ٢٥٠ طالبًا وطالبة) أن ٦,٥٪ من الطالبات يدخـن (Haddad & Malak, 2002). وعلى الرغم من الخطورة الشــديدة التي عثلها تزايد أعداد المدخنات.

وتتمثل هذه الخطورة في:

١- أن النساء أكثر حساسية للنيكوتين، وأكثر إظهاراً لسلوكيات تشير إلى الإدمان الفسيولوجي والنفسي عليه، وأكثر حساسية بالتالي الأعراض الانسحاب، مما يجعلهن أقسل ميلاً لمحاولة الامتناع (إذ تؤكد البحوث أن عدد اللائي يعايشن ضغطاً تمثله هذه الرغبة ضعف عدد الذكور). ويتسق هذا مع كونهن أكثر ميلاً لتدخين سجائر ينخفض فيها معدل النيكوتين، ولا

يأخذن أنفاسًا عميقة عند تدخينها، وتقل احتمالات أن يكن مدخنات بشراهة (Killen, et al, 2004' Rayce, et, al, 1997).

٢- أن الإناث أكثر تـعرضًا لمخاطر الإصابة بـأمراض يسببهـا التدخين، وأن ضرر تدخينهن عتد متجاوزًا جـيلهن والمحيطين بهن إلى المستقبل حيث يؤدي تدخين الأم أثناء الحمل والرضاعة إلى إضعاف بنية الوليد وتأخر ارتقائه وتزايد احتمالات كونه يولد مشوهًا خلقيًا (تكوينيًا) أو متأخرًا عقليًا.

ومع هذا، فحيث نسبة انتشار التدخين بين الذكور هي الأعلى، وحيث الرجل بتـدخينه يُعرِّض الإناث لـلتدخين السلبي أننا سنقـتصـر - في هذا الكتـاب- على إماطة اللثـام عن مظاهر خطورة مـشكلة تدخين السجـائر بين الذكور.



الفصلالأول

أضرار تدخين السجائر

لم يدر بخلد مكتشفي الأمريكتين الأوربيين أنهم بنقلهم زراعة التبغ من العالم الجديد إلى أوربا إنما ينقلون إليها وإلى عالمنا اليوم، سمًا زعافًا، ولم يدر بخلد العشرين مليون بريطاني والخمسين مليون أمريكي، بل ومعظم رجال العالم الثالث أنهم بتدخينهم السجائر إنما يتجرعون هذا السم، ويسعون بخطى حثيثة إلى تدمير قدراتهم النفسية والجسمية، ويتسببون في إلحاق الأذى بأحبتهم وأهلهم ووطنهم؛ لأن تدخين السجائر من أكثر العادات المضارة شيوعًا ورسوحًا في القرن العشرين، إذ تترتب عليه آثار شديدة الأذى للجسم والنفس، والصحة، والوطن، فبالنسبة للجسم يسبب التدخين أمراضًا تأتي على رأس قائمة الأمراض أكثر من خمسة أضعاف الذين يموتون نتيجة الحوادث، وما يقرب من مائتي ضعف الذين يموتون بسبب الاعتماد (الإدمان) على وما يقرب من مائتي ضعف الذين يموتون بسبب الاعتماد (الإدمان) على (Orleans, et, al., 1993, Polling, 1977))

وبالنسبة للنفس، فإن التدخين يحدث درجة من الاعتماد النفسي والفسيولوجي على النيكوتين تعد أهم أسباب فشل محاولات المدخنين في الامتناع عنه، بالنسبة للصحبة فإن التدخين لا يقتصر ضرره على المدخن فقط، وإنما يطول جلساءه من أهله وأحبائه، وبالنسبة للوطن فإن التدخين يلحق بالاقتصاد القومي أضرارا طائلة نتيجة تناقص قدرات المدخنين الصحية،

وبالتالي نقص إنتاجهم، ونتيجة ما تتحمله ميزانية الـوطن من نفقات عناية طبية بالأمراض التي يسببها التـدخين، وسوف نعرض في الصفحـات التالية لكل تلك الآثار:

أولاً: آثار تدخين السجائر على الجسم:

تحتوي السيجارة الواحدة على أكثر من ألف ومائتي عنصر (*) (غاز أو جزيء) كيميائي، يدخلها الفرد بتدخينه للسيجارة إلى جسمه، فيحاول الجسم طرد بعضها عن طريق السائل المخاطي والبول، وبالتالي لا تسبب له ضرراً إلا أيناكه أثناء عسملية الطرد هذه، ويفشل في طرد بعضها الآخر؛ لأنها تذوب في الماء، وحينذاك تتراكم في الجسم، ويزداد تركيزها فيه حتى تصبح سامة، وفي هذه الحالة يفرز الجسم أزيات معينة تعسمل على التخلص من تلك العناصر أو على الأقبل تحصين الجسم ضدها بحيث لا يؤذيه تواجدها فيه، وهنا قد يحدث تفاعل بين هذه الأنزيات وتلك العناصر، بموجبه تصبح العناصر غير القادرة على إحداث السرطان، عناصر سرطانية تلتصق بأحماض نواة الخلية الجسمية (د. ن. أ، ر. ن.أ PNA, RNA) وتؤدي إلى انقسامها الخاطئ والسريع بدرجة مخيفة (هارسيناي وهتسون، PNA, RNA) وتؤدي إلى انقسامها الخاطئ والسريع بدرجة مخيفة (هارسيناي وهتسون، PNA, الاجود، والإماطة اللشام عن هذ المصادر نبدأ بذكر بعض العناصر الكيميائية الأكثر إحداثا للضور.

١- النيكوتين،

استطاع «بوسلت» R. Posselt – في هايدبرج Heidelberg عام ١٨٢٩-استخلاص «النيكوتين» (**) واكتشاف طبيعته القلوية، والنيكوتين الطارج زيت

^(*) ويقال: أربعة آلاف عنصر كيميائي.

^(* *) الجرعة المميتة من النيكوتين الخالص هي ، ٤ مجم وهي توجد في سيجارتين .

لا لون له، مستهجن الرائحة، ويذوب في الماء، يصبح بني اللون إذا تعرض للهواء، ويعد مسئولاً عن الآثار المباشرة للتدخين، إذ تمتص الرئتسان ما بين للهواء، ويعد مسئولاً عن الآثار المباشرة للتدخين، إذ تمتص الرئتسان ما بين ويحدث «النبكوتين» إحساس الحرقان في الفم والبلعوم والما شديداً في البطن ويتحدث «النبكوتين» إحساس الحرقان في الفم والبلعوم والما شديداً في البطن وينادة إفراز العرق، كما يؤدي النبكوتين إلى تنشيط حركة الأمعاء مما يحدث الإسهال، وإلى زيادة الإفراز المعدي مما يقلل الإحساس بالجوع، وإلى زيادة معدل نبض القلب (تقدر الزيادة بـ ١٠ - ٢٥ نبضة في الدقيقة) وإلى انقباض إنسان العين مما يضعف الرؤية، وتنتج هذه الآثار بعد تدخين سيجارتين فقط (Cox, et al, 1983: 380; Dreisback, 1980: 119-120)

وتزداد شدتها وشدة ما تسببه من ألم بزيادة سرعة التدخين، فتدخين السيجارة خلال دقيقتين أكشر ضرراً من تدخينها خلال عشر دقائق، ويصل النيكوتين إلى المخ بسرعة (أقل من سبع ثوان) لقابلية امتصاصه من أي موضع على الجسم كالبشرة أو بداخله كأغشية الفم والأنف والجهاز التنفسي والهضمي، وإن كانت الرئتان الأسرع امتصاصاً له، ولأن بناءه الكيميائي يتشابه مع التركيب الكيميائي لأحد الناقلات العصبية والمسمى -AC يتشابه مع التركيب الكيميائي الاحد الناقلات العصبية والمسمى -Sym والباراسمبتاوي Parsympatheic والباراسمبتاوي أو Parsympatheic والمنخاع المستطيل (Medulla والتي تنبه بدورها الغدة النخامية التي بدورها أيضاً تنبه الغدة الكظرية، فيرزيد إفراز «الإدرينالين» عما يزيد من نشاط القلب والعضلات الكظرية، فيرقعها كما يزيد قابلية الصفائح الدموية فيرهقها كما يزيد قابلية الصفائح الدموية وتصلب الشراين، لزوجتها، عما يرفع من احتمالات الإصابة بالجلطة الدموية وتصلب الشراين،

^(*) وهو مخمد لباقي أجزاء الجهاز العصبي (Dreisback, 1980: 120).

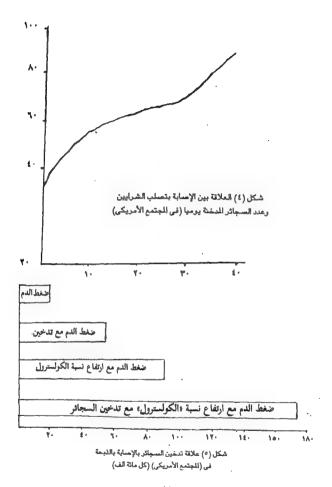
وتؤدي زيادة عدد الســجائر التي يتم تدخينهــا يوميًا إلى تأكيــد الإصابة بتلك الأمراض (انظر شكلي: ٥٠٤). وتشير البحوث إلى أن:

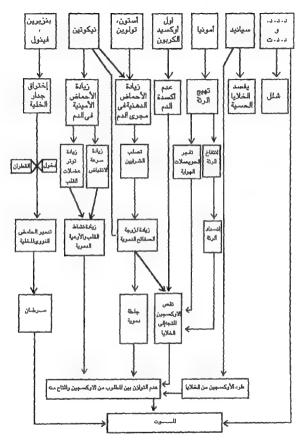
(أ) النيكوتين هو المادة الفعالة في التبغ التي تحدث الإدمان.

(ب) وأن العمليسات الفارماكولوجية والسلوكية التي تحدث إدمان التبغ مشابهة للإدمان الناتج عن تعاطي المخدرات الأخرى & Clasgow, 1992).

٢- أول أوكسيد الكريون؛

غاز عديم اللون والرائحة، يعد المصدر الأول للإصابة بأمراض الدورة الدموية، الحادة منها والمزمنة؛ إذ يتحد مع هيموجلوبين الدم (المسئول عن نقل «الأكسجين» من الرئتين إلى خلايا الجسم) بمعدل سريع جداً يفوق معدل اتحاد الهيموجلوبين "بالأكسجين" مائتي مرة نما يؤدي إلى عدم أكسدة الدم التي تسبب النثاؤب والصداع واضطراب الرؤية، وفقــد القدرة على التركيز وأحيانًا الغيبوبة وزيادة معدل «الأيض» (التمثيل الغذائي) والإفراز اللعابي وكف عملية التبول، وكذلك يؤدي إلى تمعب العضلات وسرعة نبض القلب، وارتفاع ضغط الدم وزيادة معدل التنفس ويهيج الغشاء المخاطي للرثة ويزيد من إفراز الشعب الهوائية (Lancker, 1977)، وينتج عن كل هذا إرهاق لجميع أجهزة الجسم عما يزيد احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة، فعلى سبيل المثال يؤدي ضغط الدم إلى الإصابة بتصلب الشرايين والذبحة الصدرية وأمراض القلب النيكوتين إلى الإصابة بهذه الأمراض التي تعد أعظم أسباب الموت في المملكة المتحدة والولايات المتحدة؛ إذ أدت إلى وفاة مليون أمريكي، ٣٠٠ ألف بریطانی عام ۱۹۸۰ (هارستای وهتسون، ۱۹۸۸: ۹۷، ۹۹، ۱۲۲).





شكل (٦) البات خطورة التدخين

٣- القطران:

تتمثل خطورته في أنه مسبب للسرطان، وتساعده في ذلك عدة عناصر كيميائية أخرى تحتوى عليها السيجارة، ومنها البنزيرين Benzo (a) Pyrene (أحد مركبات النيتروجين التي تحتص عن طريق الشهيق أو الجلد، وتسبب الغيبوبة كما تعمل على زيادة لزوجة الدم وعدم سيولته) الذي يهاجم خلايا الجسم بمساعدة مركبات الفينول (Phenols)، فتمهد الطريق للقطران الذي يدخل الخلية، فيلتصق مباشرة بجزئيات حامض (ال. د.ن.أ DNA) ويحدث تعديلات فيه تؤدي إلى تدمير المورثات (الجينيات) مما يحدث تغييراً في شفرتها يترتب عليه إنتاج بروتينات لا فائدة منها، فتفقد الخلايا قدرتها على تنظيم نفسها، وحينـتذ يبدأ السرطان (المرجع نفسه 1979 Jarvik, أو 97-99). (Dreisback, 1980: 97-99) وتــزداد خطورة الإصبابة به إذا بدأ الفرد تدخين السبجائر مبكراً أو كان من المدخنين بكثافة أو من الذين يدخنون السيجارة بسرعة (أي في وقت قصير)، فكل هذا من أهم عوامل الإصابة بالسرطان خصوصًا سرطان الرئة والفم والشفاة والحنجرة (المرجع السابق) ، والسرطان أكثر أمراض القسرن العشرين خطورة؛ لأنه القباتل الأول للشباب البالغين من العمر فيما بين خمسة وعشرين وأربعة وأربعين عامًا، وأنه القاتل الثاني- بعد الحوادث- لمن هم دون الخامسة وعشرين عامًا، وأنه ما من جزء من الجسم محصن ضده، فـقد يصيب المخ أو الرئة أو الجلد أو الدم أو العظام أو. . . إلخ، كــما أن مــساره بمطوط ويتميز بأعراض جسدية أليمة وآثار نفسية- على المريض وأسرته-مروعة.

ويعد سرطان الرئة من أكثر أمراض السرطان خطورة؛ إذ إن معدل الشفاء منه منخفض جداً، فلا يتمكن من العيش خمسة أعوام بعد الإصابة به إلا (٧٪) فقط من المصابين، وهو نستيجة مساشرة لتدخين السجائر خسصوصاً

بالنسبة لمن بدأوا تدخينها في عمر مبكر أو يدخنونها بكثافة، فقد تبين من إحدى التجارب أن تعريض الكلاب لمدخان السجائر قد أدى إلى إصابتها بسرطان الرئة (هارسناى وهتسون، ١٩٨٨: Lencker, 1977۱۲۲).

٤ - السيانيد،

وتحتوي كل سيجارة على (٢٤٠) ميكرجرامًا (الميكروجرام: ١٠٠٠/١ من الجرام) من السيانيد وهو غاز سام يقوم بطرد والأوكسجين، من الحلية كما يحدث عطبًا بالحلايا العصبية في القشرة المخية وخصوصًا في مراكز اللمس والألم والبصر مما يفقد الفرد قدرته على الإحساس باللمس والإحساس بالألم ويضعف قدرته على الرؤية (Dreisback, 1980: 19). ويؤدي تعرض الفرد لكمية كبيرة منه بالحقن أو بالتنفس إلى موته خلال ربع ساعة فقط (المرجع نفسه: ٢٤٧).

٥- أمونيا (Ammonia):

غاز مهسيج للرئتين، فتزيد من إفرازاتها، مما يصيب المرء بسعال جاف مصحوب ببلغم دموي، ويؤدي تهيج الرئتين إلى إفراز الجسم لإنزيم وظيفته إخراج الغار أو المواد المهيجة (مثل القطران وغيرها من عناصر السيجارة) الاخرى من الجسم، إلا أن هذا الإنزيم يكسر جدران الحويصلات الهوائية للرئة فيفقدها القدرة على نقل «الأوكسجين» مما يسبب الاختناق إذا كان الفرد يبدأ التدخين، وأعراض انتفاخ الرئة والالتهاب الشعبي المزمن والتي تؤدي إلى انسداد الرئة المزمن إذا استمر الفرد في التدخين، كما يؤدي غاز الأمونيا إلى تضخم الغدد المدوقية الذي يسبب أمراضًا كثيرة (هارسناي وهتسون، ١٩٨٨).

٦- فينول:

التعرض لكميات ضغيرة منه ينبه الجهاز العصبي فيحدث زيادة في الحموضة Alkabsis يتبعها زيادة المواد القلوية Acialosis ناتجة عن طبيعة الفينول الحمضية وضعف قدرته على تمثيل الكربوهيدرات، كسما يحدث تغيرات مرضية في الكبد والكلية (Dreisback, 1980: 363)، ويحدث التعرض الحاد له أمراضًا عديدة أهمها زيادة ضغط الدم والغيبوبة وعطب الجهاز العصبي المركزي.

هذا وتحتوي السيجارة على عناصر كيميائية أخرى منها ما يحدث عطبًا بخلايا الجيهاز العصبي المركزي (مثل: الأسيتون التولوين - د.د.ت) بما يؤدي إلى اضطراب أصضاء الحس والحركة، ويصل الأمر أحيانًا إلى الشلل، ومنها ما هو مسرطن، وينتقل عبر اللم، ويشركز في كل أجزاء الجسم، وخصوصًا تجاويف الغم والجهاز التنفسي والبول بما يسبب كل أمراض السرطان (الرئة - الفم الشفاة - البلعوم - الحنجرة - المثانة - البروستانا) للشعب الهوائية فيسبب التهاب الشعب وانتفاخ الرئة، ومنها ما هو مهيج للشعب الهوائية فيسبب التهاب الشعب وانتفاخ الرئة، ومنها ما يرتبط بقر البلعوم والمريء والاثني عشر والمعدة وتليف الكبد. . . إلخ، بالإضافة إلى أن تدخين السجائر يؤدي إلى تقلص البلعوم مما يحدث الشخير نتيجة تقصير مدى التنفس الذي يصبح مجهداً (هارسناي وهتسون، ١٩٨٨ : ١٩٨٩).

وكل هذا يجعل تدخين السـجـائر المسـاهم الأول في إحــداث المرض والعجز والموت في كل دول العالم؛ ويقدم شكل (٦) عرضًا لآليات ذلك.

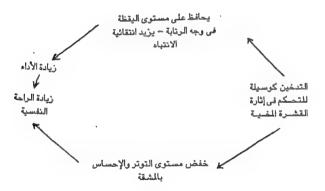
وعلى الرغم من الوعي بهذه المخاطر والتي بدأت الإنسارة إليها مع بدء انتشار تدخين التبغ في العالم حيث تنبه إليها «الملك جيمس» I. James عام

T. في لندن والبياللي، S. Panlli عام ١٦٠٥ في «كوبنهاجن» وتيدرو T. وتلارو T. وتلارو المستردام، (Lancker, 1977) وترجم هذا الوعي إلى قرارات بحظر التدخين كما فعل البابا أوربان السابع سنة ١٩٤٢ (عادل الدمرداش، ١٩٤٢: ٢٥١). إلا أن تدخين السجائر تزايد بشكل مخيف، المدمرداش، ١٩٨٢: ٢٥١). إلا أن تدخين السجائر تزايد بشكل مخيف، حتى في العقود الأخيرة التي لا يخلو يوم فيها دون أن تطالعنا الأنباء باكتشاف علاقة تدخين السجائر بمرض جديد، وحتى في ظل وجود عبارة والتدخين ضار جداً بالصحة، على كل علية سجائر تتناولها اليد، مما يشير التساؤل: لماذا يدخن الفرد رغم إدراكه مخاطر التدخين، على الأقل من خلال مطالعته لتلك العبارة، فليس من المنطق أن يصف مصنع السلعة التي يصنعها بأنها ضارة دون أن تكون كذلك، وإجابة هذا التساؤل يوضحها الفصل الثالث.

ثانيًا؛ آثار التدخين على النفس؛

تعزى الآثار المباشرة لتدخين السجائر إلى «النيكوتين» الذي يعد أهم عناصر السيجارة الكيميائية؛ لأنه يصل إلى كل خلايا الجسم عبر دوران الدم؛ إذ تمتص الرئتان ما بين ٥٠ ٢-٥ ٣, ٥ مجم نيكوتين من كل سيجارة تم تدخينها، وينقله الدم إلى المخ بسرعة فائقة (في مدة تقل عن سبع ثوان) حتى إن معدل تركيزه في المخ يتفوق على معدل تركيزه في الدم العجم المنافقة (في مدة تقل عن سبع ثوان) حتى معدل تركيزه في الحالة النفسية (1987, 1979, Lancker, 1977) ولذا يعد مادة مؤثرة في الحالة النفسية مثله مثل الكوكاين والهيروين وغيرهما، بل ويتفوق عليهما لسهولة الحصول عليه وسرعة ذلك، عما يجعل تعاطيه بكميات كبيرة ممكنًا، وبالتالي يحدث درجة أعلى من الاعتماد أو الإدمان (Henning Field& Keeman, 1993)

وللنيكوتين أثر فاروماكولوجي مزدوج، فالجرعـة الصغيرة منه مهـيجة تسمح بمواجـهة المواقف الرتيبة المملة، وتسـاعد على التركيـز وتحمل مواقف المشقة Stress. أما الجرعة الكبيرة منه فهي مخمدة Deperessed تحدث فتورًا (Russeil, أم الجرعة الكبيرة منه فهي مخمدة (Russeil, أحصوصًا إذا كان الفرد قلقًا بطبعه أو مضطربًا (1977 ، لذا يعتقد بعض الباحثين أن تدخين السجائر وسيلة نفسية يستمين بها الفرد كي يصل بأدائه إلى المستوى الأمثل من خيلال التحكم في مستوى إثارة القشرة المخية، الذي يحدد الاستجابات السلوكية والانفعالية لأي منبه بيئي، مسيرين بذلك إلى نتاج البحوث التي تناولت دوافع الأفراد لتدخينهم السجائر، فالبعض يشعره التدخين بالمتعة والاسترخاء، والبعض الآخر يساعده التدخين على خفض مشاعر الحزن والتوتر والمشقة، ويوضح شكل (۷) ذلك.



شكل (٧) التدخين كوسيلة نفسية (نقلا عن: ٢٥)

وتبين التجارب أن حقن القطط النائمة بكميات صغيرة من «النيكوتين» (١, مجم/ كجم ورن) أيقظها لمدة ثلاث دقائق ظهرت خلالها زيادة في كل من السلوك ورسم المخ الكهربائي، ثم عادت بعدها القطط لنوم استغرق عشرين دقيقة كان أكثر عمقًا من نوم ما قبل الحقن بالنيكوتين، ولوحظ أن هذه الإثارة عائلة للإثارة الناتجة عن تعريض القطط لدخان السجائر من خلال رئتيها أو أنفها، وقد قلل حقنها بجرعات كبيرة من نشاط المخ، مما يعني أن الجرعة الصغيرة من «النيكوتين» منبهة، وأن الجرعة الكبيرة منه مضمدة، وتوصل الباحثون لنتائج مشابهة عند إجراء تجاربهم على الكلاب والأرانب والأمران والدجاج والقردة.

أما التجارب التي أجريت على الإنسان فتوضع أن لتدخين السجائر أثراً مزدوجًا على زمن الفعل قصير الأمد، فقد يزيده، وقد ينقصه، اعتمادًا على خصال شخصية المبحوثين، ودرجة تعقيد المهمة المؤداة وظروف هذا الأداء (الميسرة له أو المعوقة).

وبالنسبة لتعلم مقاطع صماء (لا معنى لها حتى نتحاشى أثر التعلم السابق) لوحظ أن تدخين سيسجارة واحدة أحدث نقصًا شديدًا في عدد الاستجابات الصحيحة، لكن عدة تجارب أجريت لدراسة تأثير السجائر على تعلم قوائم من الكلمات المتزاوجة، توضح أن للتدخين تأثيرًا مباشرًا ضئيلاً على سرعة تعلم الكلمات المتزاوجة معًا، لكن هذا الأثر يتلاشى بعد مرور حوالي نصف ساعة على التدخين (Ashton & Stepneg, 1982)، عا يعني أن التأثير الإيجابي المباشر لتدخين السجائر تأثير مؤقت جداً، ولا يتعدى السيجارة الأولى أي عندما يكون مستوى «النيكوتين» في الدم منخفضًا للغاية السيجارة الأولى أي عندما يكون مستوى «النيكوتين» في الدم منخفضًا للغاية (هند طه، ١٩٨٤) . ٥٥).

وقد أجريت ثلاثة بحوث مصرية للتحقق من تأثير التدخين طويل الأمد على كفاءة بـعض الوظائف النفسية مـثل الانتباء ودقة الإدراك والذاكـرة قريبة

المدى وسرعة الأداء النفسي الحركي، حيث قارن البحث الأول (هند طه، ١٩٨٨ : ٢٩-٧٥) بين أداء مجموعاتين من طلاب الصف الثالث الثانوي عام بإحدى مدارس محافظة الجيزة، إحداهما مكونة من ٢٦ مدخنًا، والثانية عبارة عن ٢٦ طالبًا ممن لم يدخنوا مطلقًا، وتمت المقارنة بين أدائيهما على اختبارات الانتباه والتذكر قريب المدى، حيث تبين تفوق مجموعة غير المدخنين في الأداء على تلك الاختبارات.

وقارن البحث الشاني (أحمد الرفاعي غنيم، ١٩٨٦) بين أداء ١٢١ مدخنًا و ١٢١ غير مدخن، جميعهم من طلاب كليتي التربية والآداب بجامعة الزقاريق على ١٢١ خبارًا للتذكر المباشر، وأسفرت المقارنة عن تفوق غير المدخنين على المدخنين، وعند المقارنة بين الذين يدخنون منذ مدة قصيرة، والذين يدخنون بمنذ مدة طويلة، أو بين الذين يدخنون بمعدل منخفض، والذين يدخنون بكثافة، تبين تفوق كل من المدخنين منذ مدة قصيرة، والذين يدخنون بمعدل منخفض على المدخنين منذ مدة طويلة والذين يدخنون بكنافة.

وقارن البحث الثالث (هند طه، ۱۹۸۶: ۱۹–۱۰، ۸۶) بین کــفاءة بعض الوظائف النفسیة لدی مجموعتین من الأفراد:

المجموعـة الأولى تتكون من ٧٥ مدخنًا، متـوسط أعمارهم ٢٩,٦٥، ومتوسط المدة التي استمروا يدخنونها ٢٢,٨ اسنة، بمعدل تدخين يومي ٢٢,٨ سيجارة في المتوسط.

المجموعة المثانية عبارة عن ٧٥ غير مدخن، ولم يسبق لهم أن دخنوا السجائر، مكافئين لممجموعة الأولى من حيث العمر، النوع، مستوى التعليم، ومستوى المهنة، ومحل الإقامة والدخل الشهري. وأسفرت المقارنة بين أداء المجموعتين على اختبارات بعض الوظائف النفسية عن:

١- هناك ارتباط سلبي بين تدخين السجائر طويل الأمد، وكفاءة بعض الوظائف النفسية الأساسية مثل الانتباه ودقة الإدراك والذاكرة المباشرة وسرعة الأداء النفسي الحركي.

٢- يوجد هذا الارتباط بغض النظر عن سمات شخصية المدخنين (أي موقعهم على كل بعد من: الانبساط، العصابية، الذهانية).

٣- يوجـد هذا الارتباط السلبي أيضًا بغض النظر عن عـدد السجائر
 المدخنة يوميًا وعدد سنوات التدخين.

٤- يزداد هذا الارتباط السلبي وضوحًا مع ارتفاع مستوى التعليم،
 وكلما كانت المهمة المطلوب أداؤها صعبة ومعقدة.

وقد نلحظ تعارضًا بين النتيجة الثالثة لهذا البحث ونتائج بحث أحمد الرفاعي غنيم (١٩٨٦) (المشار إليه قبله) مرده إلى الإزمان في التدخين فعينة البحث الثاني يقل لديهم مدى الإزمان في التدخين بشكل واضح عن عينة البحث الثالث، كما تبين من متوسط عمر الأفراد في العينتين (٢١,٣ سنة في مقابل ٥٦,٩٠ سنة) عا يعني أن المقارنة التي تمت في البحث الشاني بين المدخنين لمدة قصيرة والمدخنين لمدة طويلة ليست إلا مقارنة بين مدخنين على سبيل التحربة، ومدخنين منتظمين في المتدخين، في حين أن المقارنة في البحث الثالث كانت بين مدخنين استمروا في التدخين مدة لا تقل عن ثلاث سنوات، ومدخنين استمروا في التدخين مدة تصل إلى ٢٢ سنة، فهناك تفاوت واضح في مدة التدخين في المبحثين يبرر الاعتماد على نتيجة البحث الثالث؛ إذ لا تظهر الآثار السلبية لملتدخين- سواء كانت على الجسم أو على الوظائف النفسية- إلا بعد سنوات من الاستمرار في التدخين، وذلك للآثار الملاكمة للعناصر الكيميائية في السيجارة.

وهكذا توضح البحوث أن تدخين السجائر يلحق ضرراً بالغاً بالعمليات العقلية العليا الضرورية لحياة الفرد اليومية (مثل: الانتباه والإدراك والتذكر... إلخ) وهو ضرر يماثل الضرر الذي كشفت عنه البحوث (Soueif, 2006)

ولا تقتصر خطورة تدخين السجائر عند هذا الحد؛ إذ تكشف البحوث عن اقتران بينه وبين الأمراض النفسية والعقلية عمومًا والفصمام على وجه الخصوص وهو أشد هذه الأمراض وأشملها اضطرابًا وأسوأها ماآلًا، فعلى مدى عشر سنوات مضت، نم تتبع هذا الاقتران في ٤٢ دراسة أجريت في عشرين سياقًا ثقافيًا (قومية)، تين - بأسلوب التحليل اللاحق للدراسات- أن ٣٢ دراسة (في ١٨ قومية) دعمت ارتباط التدخين بالفصام لدى الذكور مقابل ٢٥ دراسة (في ١٥ قــوميــة) كشفــت عنه بين الإناث. وكان التــدخين الشره والاعشماد المرتفع على النيكوتين أكشر تكرارًا بين المدخنين الفيصاميين (والمصابين بأمراض عقلية أخرى) مقارنة بالجمهور العام مما يؤكد أن الشخصية الفصامية أحد العوامل التي تنبئ ببدء التدخين (Deleon, 2005). والمظهـــر الأكثر خطورة للتـدخين يتمثل في كونه أحد أنماط الاعــتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب الذي يعد زملة Syndrom «بيولوجية» نفسية اجتماعية تكشف عن نفسها في نمط سلوكي يتمثل في التعاطى المنظم (بشكل مستمر أو دوري) لمادة ذات تأثير معين، ويحفى هذا النمط السلوكي بأولوية تفوق أولوية ضروب سلوكية أخرى ضرورية للحياة.

ولهذا الاعتماد عدة شروط هي:

- وعى ذاتى برغبة مندفعة للتعاطى.
 - رغبة في الامتناع عن التعاطي.
 - عادة منمطة نسبًا.

- مؤشر لتكيف عسمي، أي التحمل Tolerence بمعنى زيادة الجسرعة للحصول على نفس الأثر الذي تحدثه جرعة سابقة أقل، أعراض الانسحاب Withdrawal أي أن يحدث الامتناع عن التعاطي آثار "فسيولوجية" منفرة تجبر الفرد على العودة للتعاطاة بأولوية تفوق الأولويات الحياتية الضرورية (WHO, 1980).

وتتوافر هذه الشروط في تدخين السجائر إذ توضح Biglan & Lichtenstein, 1984; Jarvik, 1979; Russell, 1977) إنه عسادة المنطة إلى حد ما، يصدرها الفرد مدفوعًا برغبة ملحة استجابة لأثر التحمل، وتحاشيًا لأعراض الانسحاب (مثل: الغشيان- الصداع- الأرق- سرعة الاستثارة العصبية والعدوانية- القلق- الخمول- اضطرابات الجهاز الهضمي) كما يكشف الغالبية العظمى من المدخنين عن رغبة شديدة للامتناع عن التدخين.

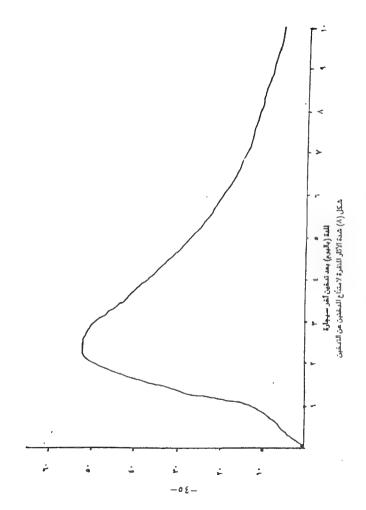
وقد أدرك بعض كتاب القرن السادس عشر ذلك، فتساءل «بارتولون» Bartolone عند مشاهدة الهنود الحمر يدخنون «أي متعة يصلون إليها بمثل هذه العادة المثيرة للاشمئزاز التي لا يستطيعون الامتناع عنها» -(Cor إليها بمثل هذه العادة المثيرة للاشمئزاز التي لا يستطيعون الامتناع عنها» التشابه بين تدخين التبغ وتعاطي الكحوليات؛ إذ يقول: «تؤدي هذه العادة إلي الإدمان، حتى يصبح كل أمل المدخن هو أن يتمكن من الامتناع عن التدخين بعد أن شعر بآثاره السيئة» (المرجع نفسه) حيث يعد هذا الامتناع من الصعوبة لدرجة أن تفشل محاولات تجريب الإقدام عليه، وذلك للآثار «الفسيولوجية» التي تظهر بعد مرور أقل من ست ساعات على تدخين آخر سيجارة، وهذه الآثار عبارة عن ارتفاع ضغط الدم وارتفاع معدل التنفس واضطراب النوم وانخفاض الوزن نتيجة اضطرابات عملية الأيف (التمثيل الغذائي) وتناقص الكمية المطلوبة من نتيجة اضطرابات عملية الأيفس (التمثيل الغذائي) وتناقص الكمية المطلوبة من

السعرات الحرارية، وكل هذه الآثار تنتج عن انخفاض «الإدرينالين» وتصل هذه الآثار إلى قمة شدتها خلال الثلاثة أيام الأولى بعد تدخين آخر سيجارة، كما يتضح من شكل (٨)، وتختفي هذه الآثار بعـد خمس دقائق فقط من تدخين أول سيجارة بعـد فترة الامتناع هذه، أو أن يستمر هـذا الامتناع لمدة أسبوعين متصلين (Dreisback, 1980: 47; Jarulk, 1974).

ولا يقف الأمر عند هذا الحد، فلا يكتفي تدخين السجائر بأن يحدث درجة من الاعتماد النفسي و «الفسيولوجي» على «النيكوتين»، وإنما يعد خطوة سابقة لتعاطي مواد ذات تأثير أشد في الجهاز العصبي؛ إذ يتم تعاطي تلك المواد على خطوات متدرجة تبدأ بتعاطي المواد المباحة قانونًا الأقل إثارة لرفض المجتمع، والأقل تأثيرًا في الأعصاب (مثل: نيكوتين السجائر) وينتهي بتعاطي المواد المحظورة قانونًا والمشيرة لرفض واعتراض دوائر المجتمع، لكنها الأكثر تأثيرًا في الأعصاب (مثل: مشتقات الأفيون). (Kandel, 1978).

يؤيد هذا البحوث التي أجريت على المتعاطين المزمنين لتلك المواد، حيث يدخن ١٤,٥٠٪ منهم، بل وقد بدأوا التدخين في سن مبكرة (١٤,٥٠ سنة في المتوسط) بينما لم يدخن من غير المتعاطين المناظرين لهم إلا ١١٪ فقط، وكان متوسط أعمارهم عند بده التدخين هو ١٨ سنة (Kandel, 1978) كما يدخن ٢,٥٠٪ من متعاطيًا الحشيش المزمنين (ن= ٨٥٠ متعاطيًا) في مقابل ٣,٢٣٪ من المناظرين لهم من غير المتعاطين للحشيش (ن= ٨٥٠).

وقد أجريت دراسة (Soueif, et al, 1985) على عينة قوامها ٩٢١٦ طالبًا من طلاب المرحلة الثانوية بأنواعها (عام، فني، معلمين) بالقاهرة الكبرى، اتضح منها أن الطالب المدخن أكثر تعرضًا لمسنبهات تتعلق بتعاطي المواد المؤثرة في الأعسصاب بالمقارنة بالطالب غيسر المدخن، فالمدخنون سسمعسوا عن هذه



المواد، ورأوها، ولهم أصدقاء وأقارب يتعاطونها أكثر عما لدى غير المدخنين، ويفترض الباحثون لتفسيس ذلك أن المدخنين من المراهقين يفضلون البيئات الاجتماعية التي تيسسر التدخين وتشجع عليه؛ لذا يميلون للتفاعل أكثر، وبشكل متكرر مع المدخنين الآخرين المذين يعرضونهم لكل أنواع المنبهات الاجتماعية المتعلقة بالعقاقير المؤثرة في الأعصاب وتتنوع هذه المنبهات من أحاديث حول تلك المواد إلى تقديم نماذج سلوكية لتعاطيها.

وقد كشفت الدراسة - أيضاً - عن أن الطلاب المدخنين أكثر جرأة في محاولة تجريب تعاطي تلك المواد، وأكثر استعداداً لهذا التعاطي وتقبلاً له إذا أتبحت الفرصة، بل وأكثر استعداداً للاستمرار في هذا التعاطي، كما يرتبط تدخين السجائر - وبقوة - بالاعتقاد في فوائد تعاطي تلك المواد سواء مخدرات طبيعية أو مصنعة أو كحوليات، وهذا الاعتقاد هو الذي ييسر بدء التعاطي ويبرره.

وتؤكد بيانات البحوث المنضبطة منهجيًا هذا الاقتران الجوهري بين تدخين السجائر والتأهب لتجريب المواد الإدمانية بمختلف أنواعها إذا ما سنحت الفرصة لذلك، فبين الطلاب المدخنين الذين لم يسبق لهم تعاطي الحشيش أو الأفيون أبدى ١٤٪ استعدادهم لذلك مقابل ٢٪ فقط من غير المدخنين، كلذك أبدى ٣١٪ من هؤلاء المدخنين استعدادهم لشرب الكحوليات مقابل ٢٪ من غير المدخنين (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٤)، أما الذين أقروا بتعاطيسهم الحشيش والأفيون من طلاب الجامعة فإن نسبة المدخنين منهم ٢٧٪ مقابل ١٥٪ من لم يتعاطوا، وكانت نسبتهم أي المدخنين بين شاربي الكحوليات ٤٤٪ مقابل ٣١٪، أما بين طلاب الثانوي فقد تجاوزت نسبة المدخنين بين متعاطي الحشيش أو الأفيون ٢٠٪ مقابل ٨٪ عا يؤكد أنه مع تدخين السجائر و٢٢٪ بين شاربي الكحوليات مقابل ٢٪ عا يؤكد أنه مع تدخين السجائر ورتفع احتمال تعاطي المخدرات (المرجع نفسه: ١٣٨٠- ١٣٩).

وهكذا يضر تدخين السجائر بعمليات الفرد العقلية العليا، ويحدث لديه درجة من الاعتماد النفسي «والفسيولوجي» على «النيكوتين» كما يهيئه لتعاطي مواد أشد تأثيرًا في جهازه العصبي، وأكثر إحداثًا للضرر الجسمي والنفسي.

ثالثًا: آثار التدخين على الآخرين:

يضيف الفرد بتدخينه السنجائر غازات سامة (مثل: «السيانيد» وأول أوكسيد الكربون) إلى الهواء المحيط به وبغيره من غير المدخنين فيسلب حقهم (*) في هواء نقي ويعرضهم للإصابة - نتيجة استنشاقهم هواء ملوئا- بأمراض الجهازين الدوري والتنفسي المزمنة، وتزداد الخطورة إذا دخن الفرد في مكان مغلق والذي يجمعه عادة مع أحبائه من أهله وأصدقائه فيعرضهم بتدخينه هذا إلى الخطر الداهم الذي يأخذ صوراً متعددة منها:

1- الخطر الصحي الذي لا تخفى مظاهره على أحد؛ إذ للتدخين السلبي التأثير نفسه للتدخين المباشر، وإن كان بطيقًا؛ لأن نسبة ما يستنشقه المدخن السلبي من تدخين - يجاوره هي ٢٠-٢٥٪ مما استنشقه المدخن، فإذا دخن أحد الأفراد عشرين سيجارة بجوار آخر، فكأتما دخن هذا الآخر أربع أو خسمس سجائر، وهناك تقديرات تشيسر إلى وفاة ثلاثة ملايين طفل جراء التسدخين السلبي (نصف الدنيا، ع: ٨٢٨ في ٢٠٠٥/١٢/٥٠ ص ص

 ٢- ومنها الخطر الاجتماعي المتمثل في استقطاع الرجل جزءًا من دخل أسرته ليخصصه لإنفاقه على السجائر أو بالأحرى على شراء الضرر لهم(**)

^(%) العجيب أن تطالعنا أهرام ٤ / ١ / ١٩٩١ عن اجتماع عقده المدخنون من ٧٧ دولة في وهلنسكي و مطالبين بحقوقهم في الندخين.

⁽هه) تشير التقديرات إلى أن تدخين السجائر يكلف المدخن حوالي ١٢٠٠ جنيه إسترليني في بريطانيا سنويًا، وأكثر من ١٠٠١ دولار أمريكي سنويًا بالولايات المتحدة، هذا في حالة تدخين ٢٠ سيجارة يوميًا فقط.

كما بعد تدخين الفرد، وخصب صاً إذا كان أبًا، مشكلة تربوية إذ يهي أطفاله لبدء التدخين من خلال جعل السجائر في متناول أيديهم، وتقديم النموذج السلوكي للتدخين فيقتدي به الأطفال ويقلدونه، ولذلك يعد تدخين الأب أهم مسحددات بدء المراهقين تدخين السجائر، ولا يقل تدخين الأم أهمية عن تدخين الأب خاصة، وأن ٧٠٪ من النساء المدخنات يفضلن التدخين بالبيت في مقابل ٤٨٪ من المدخنين، ربما لأنهن يمضين معظم الوقت بالمنزل، وهكذا تزداد خطورة التــدخين الســلبي للأبناء (Shifman, 1993)، وتــزداد خطــورة تدخين الأم إذا كانت حــاملًا، ونســبة المدخنات الحوامل لا يُــستهــان بها؛ إذ تقدر بـ ٦ , ١٢٪ من مجمـوع الأمريكيات و٧ , ٢٣٪ من مجـموع الكنديات (www. cdc. gov' Conner & Mcintyre, 1999) ونتيمجة هذا تمد الأم جنينها بأكاسيد الكربون بدلاً من الأوكسجين مما يصل تركيزها في دمه وأحماضه الأسينيـة إلى ١٥٪ (وكــذلك في لبن الأم المدخنة) وهذه العــوامل تزيد من مخاطر الحمل ما بين وفاة الجنين وإصابة الأم بتسمم حمل واحتمال الولادة المبتسرة، كما تؤدي إلى ولادة طفل أقل وزنًا وأقل طولًا وأقل في معدلات نموه وارتقائه، ومن المحتمل أن يكون مشوه أو متأخرًا عقليًا.

رابعًا: آثار التدخين على الوطن:

يعد تدخين السجائر عبئاً ثقيلاً على الاقتصاد القومي؛ إذ يستقطع من ميزانية الدولة - أية دولة - أموالاً طائلة، تنفق في إنتاج السجائر أو كتكلفة للعناية الطبية بالأمراض المرتبطة بتدخين السيجائر أو الدعاية لها، أو الحملات المضادة للتسدخين، فعلى سبيل المثال تنفق «كندا» حوالي ٣,١ بليون دولار سنويًا في صناعة السجائر، كما تكلفها العناية الطبية بالأضرار الصحية المترتبة على التدخين أكثر من ١,٥ بليون دولار كل عام (203. 383) وقد أنفقت الولايات المتحدة في عام ١٩٧٥ وحده ما يزيد عن ستمائة بليون

دولار في إنتاج السجائر، ١,٨ بليون دولار أخرى في الدعاية لها، كما تكلفها العناية الطبية بالأمراض المرتبطة بالتدخين أكثر من ٢٥,٥ بليون دولار، يضاف إليها ٣٥,٦ مليون دولار خسائر الحرائق التي تسبب في إشعالها التدخين، كما خسرت الولايات المتحدة ما قيمته ٨١ مليون يوم عمل نتيجة عجز العمال اللين أصيبوا بأمراض تسبب فيها تدخينهم السجائر، هذا في منتصف السبعينيات، أما في الثمانيات، فقد زادت خسائر الولايات المتحدة (*) نتيجة تدخين السجائر عن المائي بليون دولار كل عام -١٤٠ .vethnal, et al., 1989; Luce & Schweitzer, 1977)

وفي عام ١٩٦٥ تكلفت صناعة السجائر في مصر حوالي ٩١ مليون جنيه ارتفعت عام ١٩٧٦ إلى أكثر من ٢٤٤ مليون جنيه مصري، وبلغت عام ١٩٨٠ محوالي ٢٤٨ مليون جنيه مصري، كليار من مليار جنيه مصري، كسما تتكلف مصر في العناية الطبية بالأمراض المرتبطة بتدخين السجائر حوالي ١٩٣٠ مليون جنيه مصري، بالإضافة إلى ٥٢,٥ مليون جنيه نتيجة التغيب عن العمل بسبب تلك الأمراض، كما يسبب تدخين السجائر مادية جسيمة في المباني والمنشآت نتيجة كونه السبب الرئيسي في خسائر مادية جسيمة في المباني والمنشآت نتيجة كونه السبب الرئيسي في إشعال ٢٠٪ من الحرائق عمومًا، و٤٠٪ من الحرائق شديدة الاشتعال (***)

^(*) بعد أن توالت الدعاوى القضائية التي ترفعها حكومات الولايات المتحدة الواحدة بعد الأخرى عامي 47 / 1 / 1949 لمطالبة شركات السجالر بتحصل نفقات الرعاية الطبيبة للأمراض المرتبطة بالتدخين فإن هذه الشركات عرضت المصالحة مع الحكومة وقبلت دفع تعويضات ضخمة فها وصلت إلى ٣٦٨ مليار دولار، مما دفع هذه الشركات إلى شراء حقوق إنتاج السجائر بدول العالم الثالث (Vogal, 2003).

^(**) تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عن صناعة منتجات التبغ. القاهرة: ديسمبر ١٩٨٠.

^{((((} ه) من حديث للدكتور شريف عمر إلى جريدة الأهرام القاهرية في ١٨ / ١ / ١٩٨٧ وتشير دراسة أجريت مؤخراً للجهاز المركزي للمحاصبات إلى أن الأسرة المصرية تنفق ((من دخلها الشهري على السجائر ، على حين أن ما ينفق على المحالج لا يتمدى ٢/ من هذا الدخل مقابل ٢ / ١/ من الدخل يتم إنفاقه على الترفيه . وتشير التقارير إلى أنه في الرقت الذي تحولت فيه ٥ ، من المساحة الزروعة تبغًا في أمريكا إلى زراعة محاصيل أخرى، فإن إمرادات الشركة الشرقية للدخيان بمصارقد زادت خلال الأشهير الماضية هي من ح

علمًا بأن مصر تعاني من مشكلة اقتصادية طاحنة تجعلها غير قادرة على تحمل أية نفقات لا طائل لها، فما بالك بنفقات صناعة السجمائر التي يُضاف إليها الحسائر الجسيمة الناتجة عن تدخينها.

الخلاصة

يعد تدخين السجائر أحد أتماط الاعتصاد على المواد المؤثرة في الأعصاب وأكثرها شيوعًا في القرن العشرين، وذلك لأن السمجائر متاحة بدرجة كبيرة، وتكلفتها الاقتصادية ضئيلة بالمقارنة بالمواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب، كما أنها مقبولة في كل المواقف الاجتماعية، ويرتبط تدخينها بهاذيات (علامات) بيئية عديدة تيسره (Russel, 1997).

وتؤكد البحوث وجود علاقة قوية بين تدخين السنجائر وأمراض يصعب أو على الأقل يطول - علاجها، وتتصدر قائمة الأمراض المسببة للوفاة، كما تكشف البحوث عن ارتباط سلبي بين تدخين السجائر طويل الأمد وكفاءة بعض الوظائف النفسية الضرورية للحياة كالانتباه ودقة الإدراك والذاكرة وسرعة الأداء النفسي الحركي؛ إذ يتفوق غير المدخنين على المدخنين في الأداء على اختبارات تلك الوظائف النفسية.

كما تبين أن تدخين السجائر يستقطع من ميزانية المدولة أموالاً طائلة تنفق إما في إنتاج السجائر، أو كتكلفة للعناية بالأضرار التي يسببها التدخين.

* * *

عام ١٩٩٧م بنسبة ٩٨٨/ الأمر الذي يشير إلى تزايد استهلاك المصريين للسجال، وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن مبيعات النبغ سوف ترتفع في الدول النامية خلال الأعوام القادمة (مجلة النفس المطمئنة، يوليو ١٩٩٧ ، ١٥٠ - ٢٠).



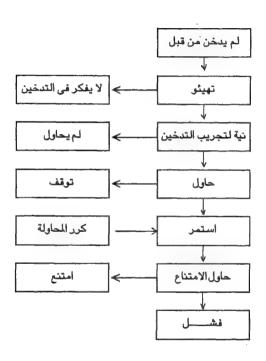
الفصل الثاني

بدءالتدخين

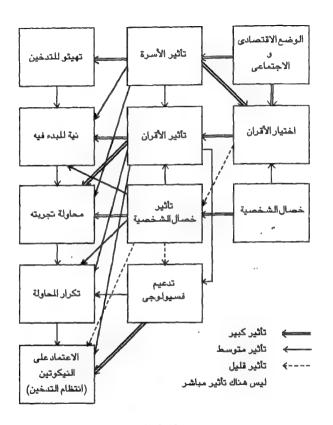
التدخين يكتسب على مراحل:

يعد تدخين السجائر سلوكًا شديد التعقيد، تسبقه معارف ومعتقدات معينة تبرر إصداره، ويتم اكتسابه في ظل سياق اجتسماعي لا يرفضه؛ إذ إن مترتباته السلبية احتمالية ومؤجلة، في حين أن هادياته الداخلية (النفسية) والخارجية (البيئية)- أي المتغيرات التي تسبق إصداره وترتبط به- مقبولة اجتماعيًا كما يتم ترسيخه عبر تاريخ ارتقائي طويل، فالفرد لا يدخن بين ليلة وضحاها، وإنما يمر بمراحل عدة، تقف وراء كل مرحلة منها عدة متغيرات نفسية واجتماعية (منها المعتقدات والاتجاهات على وجه الخصوص) وبيولوجية وبيئيـة تختلف من فرد لآخر، بل ومن مـوقف لآخر بالنسبة لــلفرد الواحد، فتهيئ بعض هذه المتغيرات الفرد غير المدخن (الفتي أو المراهق غيالبًا) لأن يحاول تدخين سيجارة أولى، ويسهم بعضها الآخر في تكرار هذه المحاولة ويشجم ذلك، كما أن فعثة ثالثة من المتغيرات تدفع الفرد للاستمرار في محاولة تدخين السجائر، وبعد أن يتمكن التدخين من الفرد، تظهر رغبته في الامتناع عن التدخين، وتعمل عدة متغيرات على تأجيج هذه الرغبة إلى أن يترجمها الفرد المدخن إلى محاولة فعلية للامتناع عن التدخين، وتسهم مجموعة من المتخيرات - الاجتماعية غالبًا - في فشل هذه المحاولة والعودة مرة أخرى للتدخين بعد امتناع عنه لفترة قصيرة في معظم الحالات.

ويوضح شكـل (٩) هذه المراحل، كـــمـا يوضح شـكل (١٠) بعض المتغيرات التي تؤثر فيها.



شكل (٩) المراحل التي يمر بها الفرد غير المدخن حتى يصبح مدخناً بانتظام

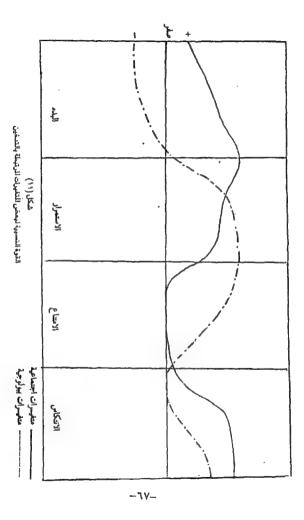


شكل (۱۰) الوزن النسبى لتأثير بعض المتغيرات في تكوين عادة التدخين

وعلى الرغم من اختلاف متغيرات كل مسرحلة من فرد لآخر، بل من موقف لآخر، فإن البحوث (*) الكثيرة والمتنوعة التي تناولتها تتفق على وجود ملامح أساسية لكل مرحلة، وتربط كل منها بعدد من المتغيرات السيشية والاجتماعية والنفسية والسيولوجية التي تساعدنا على التنبؤ بمرحلة ما من هذه المراحل قبل بزوغها (وهو ما يوضحه شكل ١١)، وهو ما يجعلنا نتحدث عن كل منها بقدر معقول من الثبات.

لذا سوف نتناول في هذين الفصلين (الجالي والتالي له) الآليات -Mech التي تجعل الشخص غير المدخن منتظمًا في التدخين، انطلاقًا من أن غياح محاولاتنا لمكافحة الانتشار المتزايد لتدخين السجائر متوقف على الوصف الدقيق لهدفه المراحل؛ لأنه يساعدنا على تحديد مضمون المعلومات الواجب تقديمها عند محاولة وقف عادة تدخين السجائر، وكذلك تحديد الطرق الملائمة لهذا التقديم، وأنسب الأوقات له، حيث تختلف هذه المعلومات، وتختلف لهذا التقديم، وأنسب الأوقات له، حيث تختلف هذه المعلومات، وتختلف أيضًا - طرق تقديمها باختلاف تلك المراحل، وهو ما يتضح لنا في الفصلين الرابع والخامس من هذا الكتاب.

^(*) عرض باحثون عدة هله المراحل وما يرتبط بكل منها من متغيرات بيئية واجتماعية ونفسية وبيولوجية ، من قسسسنولاه ، Biglan & Lichtenstein, 1984; Hirschman, et al, 1984; Leventhal & مسسسنولاه ، Cleary, 1980 .



العوامل الشجعة على بدء التدخين

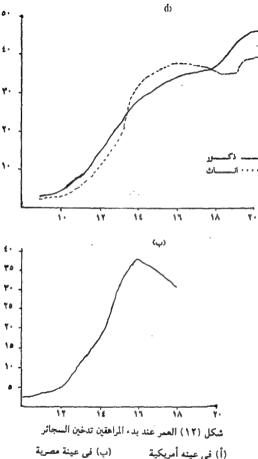
تتفق البسحوث (مصطفى مسويف وآخرون، ۱۹۸۷) (Flay, et al, 1983; ۱۹۸۷) على أن العسمر ما بسين ١٦، ١٨ سنة هو السن المحتسملة أن يبدأ فسهما الفرد تدخين السجائر، كما يتضبح من شكل (١٢).

وللسن التي يبدأ فيها الفرد تدخين السجائر دورها الحاسم في تحديد مدى استمراره في التدخين؛ إذ إنه كلما بكر المراهق في محاولاته لتجريب تدخين السجائر زاد احتمال الاستمرار فيه، بل وزاد احتمال أن ينتقل اعتماده على المنكوتين، السجائر إلى الاعتماد على مواد أشد تأثيرًا في الجهاز العصبي المركزي، فالبحوث (عبد السلام الشيخ ١٩٨٨، ١٩٨٥) التي أجريت على متعاطين لتلك المواد تظهر بوضوح أن هؤلاء المتعاطين قد بدأوا تدخين السجائر قبل بلوغهم الرابعة عشرة من العمر، عما يبين خطورة التبكير في بدء التدخين.

وتكشف البحوث عن عدة عوامل ذات تأثير حاسم في بدء التدخين؛ إذ تعمل كل منها سواء بمفردها أو بالتفاعل معًا على تهيئة الفرد وإعداده لهذا البدء، ويستغرق هذا التهيؤ أو الإعداد فترة زمنية طويلة، تبدأ مع بداية إدراك الطفل لما يفعله والده وأقرانه، وما تقدمه وسائل الإعلام، وتنتهي هذه الفترة بمحاولة المراهق تجريب تدخين سبجارة أولى. ومن أهم عوامل تهيئة المراهق بدء التدخين.

الانتجاه المحبث للتدخين،

تؤكد البحوث (عبد المنعم شحاته، ۱۹۸۸: ۱۳۰-۱۳۱۱ هند طه، (کسبد البحوث (عبد المنعم شحاته) (Mermelstein, et al, 1986; ۱۹۸۸



(أ) في عينه أمريكية (د -٦٩-

ودافع قوي لبدء سلوك (عادة) تدخين السجائر؛ إذ ترتفع درجة هذا الاتجاه في ظل وجود محاولات للتدخين الفعلي، بحيث يمكن الاعتماد على تلك الدرجة كمؤشر للتمييز بين المدخنين وغير المدخنين، بل وللتمييز بين كل من المذين يبدأون مبكرًا والذين يبدأون متأخرًا، والذين لا يبدأون إطلاقًا، ليس فقط تدخين السجائر، وإنما - أيضًا - تعاطي مواد ذات تأثير أشد في الجهاز العصبي المركزي.

ولمضهوم الاتجاه Attitude قيمته الكبيرة في ميدان البحوث النفسية والاجتماعية كوسيلة للتنبؤ بالسلوك، ولفهم - أيضًا - الظواهر النفسية الاجتماعية المختلفة، لذلك تعددت تعريفاته حتى إنها تحصى بالمثات، ولم يعد بإمكان الباحثين حصرها، مكتفين بتصنيفها إلى فتات، وآخر هذه التصنيفات هو تصنيف «ماكجواير» McGuire (19۸۰) الذي يقسم تعريفات الاتجاه إلى فئتين:

1- تعريفات عاملة Working وهي تعريفات تضع موضوع الاتجاه (مثل تدخين السجائر) على أبعاد الحكم التي هي محاور للمعنى، بعضها على صلة بالجهاز العسبي المركزي، وبعضها الآخر مكتسب نتيجة التعرض لخبرات الإشباع والإحباط، ويمكن تعميم بعض هذه الأبعاد من موضوع لآخر من خلال الإسقاط أو التوقع (أي تحديد درجة الاحتمال) أو المتقويم (أي تحديد درجة الرخمة فيه) أو المتعقيد (أي التركيب) أو الدوام، كما أن بعض هذه الأبعاد يخص موضوع اتجاهي بعينه بحيث لا يمكن تعميمه من موضوع الخباد.

۲- تعریفات تصوریة Conceptyal وتتضمن تصور الاتجاه كعملیة
 Hypothetical Con- وسیطیــــة لعدد من الموضوعـــات، بمعنی أنه مكون فرضي
 لا يمكن ملاحظته مباشرة، وإنما یستدل علیه من إصدار الفرد لاستجابة

الموافقة (أو الرفض).التي تستحث - بدورها - الفرد لانتقاء استجابات معرفية وتقويمية وأفعال ذات معنى أو قصد (هدف) كي يصدرها وتعد هذه الاستجابة موجهة وذينامية وذات دلالة اجتماعية تمييزية.

ومعظم تعريفات الاتجاهات تتعامل معه كنسق دينامي له مكونات ثلاثة: ١ - المعرفة أي معتقدات Beleifs الفرد عن موضوع ما، وأحكامه المستندة إلى وقائع أو شبه وقائع عنه، وتقاس بجمل تقريرية يحدد الفرد مدى صحتها.

Y- التقويم الوجداني Evaluaton أي مشاعر التفضيل والتنقبل نحو موضوع الاتجاه أو الاستهجان والرفض، ويشمل المكون الوجداني للاتجاه رخبات الفرد ودوافعه التي تعد أساس التقويم الانفعالي لموضوع الاتجاه ويعطي هذا المكون درجة من الاستمرارية للاتجاه وحث الفرد لإصدار سلوك معين، ويقاس هذا المكون بمؤشرات فسيولوجية (مثل معدل نبض القلب) أو بتقرير ذاتي يكشف فيه الفرد عن مشاعره.

"Tentions (مقاصد) السلوك، سواء كان أفعالاً Actons أو نيات (مقاصد) Intntions وتكشف البحوث (*) عن ارتباط مرتفع متبادل بين هذه المكونات يدل على وجود اتساق بينها، وهذا الاتساق متوقع؛ لأنها تعبر عن خبرة فرد واحد يسعى - في العادة - للمحافظة على هذا الاتساق.

ولأن خلطًا قد ينشأ نثينجة استخدام مصطلح واحد (الاتجاه) للإشارة إلى ثلاث فشات من الاستجابات تنفصل كل منها عن الأخرى، فإن بعض الباحثين مثل: (Fazio & Zanna, 1981; Fishbein & Ajzen, 1975) يشيرون بمصطلح الاتجاه إلى (التقويم الوجداني) فقط، باعتبار أن مصطلح (المعتقد)

 ^(*) أكد باحثون محدثون مدا الانساق، وعلى رأسهم . Berkler, 1984; Deaux & Wrighcsman
 1988: 336p, Fishbein & Aizen, 1975: 335 - 336.

يشير للمكون المعرفي للاتجاه، والمعتقدات هي أية معلومات تم تلقيها من خلال الملاحظة المباشرة أو من مصادر خارجية أو بواسطة عمليات الاستدلال وهي بهذا المعنى تعد أحكامًا باحتمال تمتع الشيء (سواء كان كائنًا حيًا أو جمادًا محسوسًا أو معنويًا) بخصائص معينة، ولأنها احتمالية فهي تختلف في درجة التأكيد، وإذا اعتبرنا الاتجاه جملاً تقويمية يصدرها الفرد، فإن المعتقدات جمل تقريرية تصف الشيء بأنه حقيقي أو زائف، جيد أو ردي، (*).

والعلاقة بين المعتقد والاتجاه واضحة، فغالبًا ما يتضمن الاتجاه معتقدات تمثل مكونه المعرفي، بينسما لا يكون المعتقسد اتجاهًا إلا إذا ارتبطت به دلالات

 ⁽ع) يختلط مصطلح ثالث بمصطلحي: الأنجاه - المعتقد، وهو والرأي، ونشير به إلى تفسير الفرد لظاهرة ما،
 توقعاته لقاصد الآخرين، أو أحداث المستقبل أو مكافأة (أو عقاب) سلوك أصدوه.

وكل من الرأي والاتجاه تكرين فرضي يميز بينهما تمنع الاتجاه بخصائص دافعية تمطيه ترجهًا سلوكيًا (إقدام/ إحجام) يخفر منها الرأي.

والرأي توقع لا يتم التميير عنه إلا لفظيًا في حين يمكن التعبير اللفظي وغير اللفظي- وبشكل غير مدرك أحيانًا- عن الاتّعاد .

ويرى بعض الباحثين أن الرأي هو التعبيس اللفظي الصريح عن الاتجاه، ويعد- من وجهة نظر وإيزنك، العاملية- أكثر بساطة وخصوصية من الاتجاه الذي يعتبره مجموعة من الآراء الترابطة التسمعة بقدر من الاستقرار.

وقد نلحظ تشابهاً بين علاقة الرأي بالإنجاه ولغًا لتصور وإيزنك، وعلاقة المسقد بالانجاه وفقًا لتصور وفيشياين، وواجزن، فكل منهما يتمامل مم الرأي أو المعتقد كخطوة تسبق الانجاه.

ويكننا تصور العلاقة بين المسطلحات الثلاثة على أساس أن المنقد حكم يصدره الفرد عن شيء ما والرأي هو التمبير الفظي وقيم المسلمة عن هذا الحكم التمبير الفظي أو بهما معا عن هذا الحكم التمبير الفظي أو بهما معا عن هذا الحكم مصحوب بسلوك (أو نية سلوك) نحو أو حد ذاك الشيء . فقد يكون المراهق – استناداً إلى معلوماته عن تدخين السجال حكماً أن التدخين يضر وصحياً ، فإذا عنوا مناها عنه عنها أن التدخين عضار صحياً ، فإذا عبر عن اعتقاده (حكمه) هذا تعبيراً لفظياً فقط وأرى أن التدخين ضار بالصحة أي رأى وفإذا أبدى صيفاً من صديق أن المديق المدين ، فهذا سلوك حدده الاتجاه الذي تبناه .

[.] Eysenck, 1954: Fishbein & Ajzan, 1975: 336: انظر

انفعـالية وتقويميـة ودافعية مـعينة، وإذا ما اسـتحثوا مـعًا (أي المعتـقد وهذه الدلالات) الفرد لإصدار استجابة معينة نحو أو ضد موضوع الاتجاه.

ولا يستطيع أحد أن ينكر التأثير المتبادل بين مكونات الاتجاه، فمعتقداتنا (أي ما نعرفه من معلومات) عن موضوع ما، تتأثر بانف الاتنا ومشاعرنا نحوه، وبنياتنا للتصرف ونحن بإزائه، كما أن هذه المعتقدات تدعم أو على الأقل تتسق مع - انفع الاتنا نحو ذاك الموضوع ونتيجة لهذا الاتساق نتحمس لإصدار سلوك بعينه ونحن بإزائه، بمعنى آخر، فإن الذي يكره (وجدان) موضوعًا كمتدخين السجائر، يكون معتقدات (معرفة) سلبية عنه تجعله يميل لرفض (نية) التدخين إذا ما دعي إليه.

بهذا التصور يمكن تعريف مفهوم الاتجاه بشكل يضمنه المكونات الثلاثة: المعرفة - الوجدان - نية السلوك «فالاتجاه درجة من التنفضيل- أو الاستهجان- لموضوع ما، تكونت بفضل عوامل سابقة، منها تراكم معتقدات ومعارف وما ترتب عليها (أو ارتبط بها) من مكافأة وعقاب، وتحث هذه الدرجة الفرد على إصدار سلوك معين نحو أو ضد موضوع الاتجاه».

ويترجم هذا التعريف العملية التي يتكون من خلالها اتجاه ما، فيعتبر استجابة تسبقه - مثله مثل أية استجابة نفسية - متغيرات معينة تؤدي إليه -An متغيرات معينة تؤدي إليه وقسمه وتلحقه مترتبات معينة ناتجة عنه (كنية أداء فعل بعينه) بمعنى آخر، يعد الاتجاه حكمًا يصدره الفرد على موضوع ما (بتقبله أو رفضه)، ولهذا الحكم حيثياته التي هي معلومات عن هذا الموضوع حصل عليها الفرد من خلال تنمية أفكار وتصورات وأخيلة عن خصائص Attributes ذاك الموضوع، وعن مترتبات (أي معقدات) هذه الأفكار والتصورات ويكون بعضها الآخر مستملاً من الذاكرة طويلة المدى، ولمتغيرات الشخصية الانحرى دورها المعدل في تلقي الفرد لتلك المعلومات وفي الاستجابة لها أي تكوين معتقدات استناداً إليها.

وترتبط كل من الأفكار والتصورات وما ترتب عليها من معتقدات بكل من:

ا- توقعات يكونها الفرد من خلال عمليات معرفية مثل التعليم
 بالملاحظة Observational والاستدلال والعزو السببي Observational

٢- استجابات تقويمية ينميها الفرد - متأثرًا بقيمه العامة - من خلال عمليات التعلم الشرطي الكلاسيكي والتعلم الشرطي الأدائي Operent والتعلم المعرفي^(*).

ويؤدي تكامل التوقعات مع الاستجابات التقويمية إلى نمو استجابات انفعالية (أي اتجاه) بواسطة عمليات الاتساق المعرفي والتبرير، ترتبط - من خلال عمليات التعلم- بموضوع الاتجاه، وبالأفكار والتصورات التي سبق تكوينها عنه (Bagozzi; 1988) .

وهكذا يقوم الفرد بمعالجة معلومات (تلقاها عبر وسائل التخاطب أو غيرها) عن موضوع ما بهدف تقويها، مما يؤدي إلى تبني اتجاه جديد نحو ذاك الموضوع وهذا الاتجاه يوجه - وبالتفاعل مع متغيرات اجتماعية وموقفية أخرى - ضروب سلوكه إزاء ذاك الموضوع، أما بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر أي من خلال نية (قصد) أداء هذا السلوك والتي تعد محددًا كافيًا لادائه، وبمعنى آخر، فإن اتجاه الفرد نحو موضوع ما، إن لم يحدد سلوكه إزاء هذا الموضوع، فهو على الأقل يحدد نيته، لأداء ذاك السلوك وهذه النية بدورها - محدد مباشر لذاك السلوك، وعلى سبيل المثال، تكشف البحوث بدورها - محدد مباشر لذاك السلوك، وعلى سبيل المثال، تكشف البحوث بدورها - محدد مباشر لذاك السلوك، وعلى سبيل المثال، تكشف البحوث بدورها - محدد مباشر لذاك السلوك، وعلى سبيل المثال، تتكشف البدئه؛

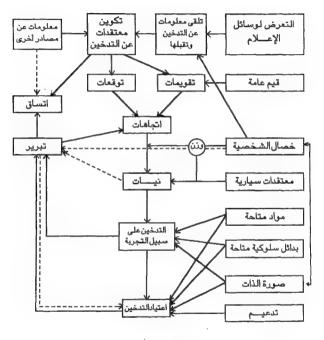
⁽ه) قدم جورج عازدا ورجوند كورسيني (ترجمة علي حسين حجاج) وصفًا لهذه النظريات وغيرها في كتابهما: نظريات التعلم (درامة مقارنة) والذي نشرته سلسلة عالم المعرفة في جزءين الأول منهما نشر في أكتوبر ١٩٨٢م والثاني في ديسمبر ١٩٨٦م .

إذ إن ارتباطًا إيجابيًا مرتفعًا جداً (بلغ ٨٤, ٠) وجد بين تدخين السجائر ونية البدء فيه، وهذه النية - بدورها- نتيجة مباشرة للاتجاه المحبد للتدخين الذي تحدده مجموعة من المعتقدات والمعارف والتقويمات الانفعالية لمترتبات التدخين، ولنظرة الآخرين إليه، وتؤدي هذه المعتقدات والتقويمات، وبالتفاعل مع خصال الشخصية والمعايير الأخلاقية إلى تكوين- بواسطة عمليات التعلم الشرطي- استجابات إقدام / إحجام تدفع الفرد لبدء التدخين (توضح هذه العملية شكل ١٣).

وتتكون هذه المجموعة من المعتقدات والتقويمات الانفعالية نتيجة التعرض لخبرة تدخين السجائر، وهذا التعرض الذي يتم بشكل غير مباشر (أي مشاهدة آخرين يدخنون) من خلال عدة أقنية تتكامل فيما بينها في تهيئة المراهق لمحاولة تجريب تدخين سيجارة أولى، فشانية، إلخ، وأهم هذه القنوات:

· أولاً: وسائل الإعلام:

تربط أجهزة الإعلام، وخصوصاً السينما، تدخين السجائر بالمتعة والإثارة والقوة والنضج وحب المضامرة، وتقرنه الإعلايات المصورة بسباقات مسوقة كسابقات السيارات والدراجات والخيول وتسلق الجبال... إلخ، ويسهم العرض المتكرر والمبهر لهذه العلاقة، وبشكل مباشر، في تكوين ضغط اجتماعي يبرز التدخين كعلامة للنضح والاستقلال من خلال رسم صورة إيجابية للمدخن، يتم فيها تضخيم الصفات المرغوبة بشكل يصل إلى درجة الاقتداء به ويرسخ الاتجاهات المحبذة للتدخين في ذهن المراهقين، ويهيشهم لتجريب تدخين السجائر.



شكل (١٣) · عملية تكوين إنجاه يحبذ التدخين

ولا يقتصر تأثير وسائل الإعلام عند هذا الحد؛ بل تعد عامل حث على التدخين، ومنبئ جيد ليس فحسب بنية التدخين، وإنما أيضًا بعدد السمجائر المحتمل أن يدخنها الفرد. ففي دراسة أجريت بمشاركة ٤٢١ مراهقًا في ١٥ مدرسة ثانوية بلجيكية؛ تمت المقارنة في عدد السجائر المدخنة بين الذين شاهدوا منهم التليفزيون مدة أطول (خمس ساعات أو أكثر يوميًا)، والذين شاهدوا مدة أقصر (ساعة أو أقل يوميًا)، فتبين أن الذين شاهدوا أطول دخنوا أكثر (ما بين ٦٠ و ١٤٧ سيجارة أسبوعيًا) عمن شاهدوا أقل نما يعنى اقترانًا خطيًا طرديًا بين مشاهدة التليفزيون وحجم التدخين. وبغض النظر عن مصدر هذا الاقتران، إما أن المحتموي الذي يبثه التليمذيون يجمعل التدخين أكشر جاذبية مما هو فمعلاً (Glamorize)، أو أن الأطفال تعلموا ربط المشاهدة بالتدخين أو أن التدخين الشره يؤدى إلى المشاهدة المكثفة (Gustchoven & Van de Bulck, 2004). فإن وسائل الإعلام تقوم بدور خطير في تعريض المراهقين لخبرة تدخين السجائر، بل ولخبرة تعاطى المواد الأخرى المؤثرة في الأعبصاب كالمخدرات الطبيعسية والمصنعة، وتصل خطورة هذا الدور في معظم الحالات إلى التفوق على الدور الذي يقوم به الأصدقاء (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٧: ٣٧).

ثانيًا: تدخين الأب:

يقلد الطفل والده في معظم الأحيان، وينظر إليه على أنه مثال يحتذى وقدوة جديرة بالاقتداء، من هنا تأتي خطورة تدخين الأب (*)، وجوانب هذه الحطورة متعددة، فقد يؤثر تدخين الأب، تأثيراً مباشراً من خلال كونه تدعيما إيجابيا واجتماعياً للمدخنين عمومًا، فيرسخ الأب المدخن في ذهن أطفاله صورة إيجابية عن المدخنين، كما يقدم أمامهم نموذجاً أدائياً لكيفية التدخين،

^(*) من المباحثين الذين تداولوا تأثير تدخين الأب في بدء أطفاله السدخين : 1984; Eiser & Cander Pligh, 1984; Hirschman, et al, 1984; Kandel, et al, 1978.

فيسمهل عليهم تقليده، خصوصًا أنه بتدخينه هذا يجعل السمجائر في متناول أيديهم، فهي متوفرة دائمًا في المنزل، ومتاحة لهم، هذا بالإضافة إلى أن تدخين الأب يؤثر في درجمة تكيف أبنائه حسيًا مع الخصائص الكيميسائية للسيجارة بحيث لا تؤذيهم كثيرًا محاولاتهم تجريب التدخين الميسر لهم.

كما يؤثر تدخين الأب تأثيراً غير مباشر؛ إذ يسهم في تكوين اتجاهاتهم المحبذة للتدخين التي تحشهم على محاولة تجريبه، كما يجعل احستبار أصدقاء من المدخنين مقبولاً، ويشجعهم هؤلاء الأصدقاء على محاولة تجريب التدخين، كما يجعل أطفاله يتوقعون تأثيباً أقل منه إذا اكتشفت محاولاتهم هذه، وهذا التوقع عامل مهم لبدء التدخين، إذ يكشف التحليل العاملي لاستجابات ٥٢٠٠ تلميذ (أمريكي) على استخبار تناول الظروف والمشاعر المصاحبة لبدء التدخين، تبين منه أن الاتجاهات والمشاعر نحو السلطة الأبوية عامل مهم لبدء التدخين؛ إذ يظهر المدخنون تحرراً من سلطة آبائهم وإنهم عامل مهم لبدء التدخين؛ إذ يظهر المدخنون تحرراً من سلطة آبائهم وإنهم قادرون على فعل ما يشاءون، بعكس غير المدخنين (Green, 1977)، يدعم ذلك ما كشفت عنه عدة دراسات أجريت خلال المعقد الأخير للقرن العشرين ذلك ما كشفت عنه عدة دراسات أجريت خلال المعقد الأخير للقرن العشرين (واستعرضها: حاسم الجزار، ٢٠٠٤: ٣٧-٧٧) إذ تبين أن تدخين الأب محدد مهم لتدخين المراهقين، وأن المراهقين المدخنين أقل ميلاً لإدراك والديهم كمعترضين بقوة على تدخينهم، فالرفض الأبوي للتدخين يرتبط سلبياً وبشكل كمعترضين بقوة على تدخينهم، فالرفض الأبوي للتدخين يرتبط سلبياً وبشكل جوهري بتدخين المراهقين.

ثالثًا: تدخين الأقران:

تبين لنا أن وسائل الإعلام ترسخ الاتجاهات المحبلة للتدخين في ذهن الأطفال وإن تدخين الأب يدعم هذه الاتجاهات، مقدمًا نموذجًا يقتدى به في ذلك، وكل هذا يهيئ الطفل لمحاولة تجريب تدخين السجائر، فإذا بلغ الطفل سن المراهقة، انتقل مصدر التأثير الاجتماعي (تقليد واقتداء) من الأب إلى

الأقران، مع أن للآباء تأثيرًا غير مباشر في ذلك؛ إذ إنه يؤثر في اخستيار ابنه لأقرانه، فكون الأب مدخنًا يجعل من المحتمل أن يختار ولده أصدقاء مدخنين، وقد أشار ٨٧٪ من المراهقين الأمريكيين الذين بدأوا التدخين أن واحدًا على الأقل من أخلص أصدقائهم يدخنون، فغالبًا ما يصطحب المدخن مدخنين، وغالبًا - أيضًا - ما يصاحب غير المدخن غير المدخنين، وقد يرجع هذا إلى سعى المراهق الراغب في التدخين إلى تعلم المزيد عن سلوك التدخين وإلى تدعيم هذا السلوك، لذا يفضلون البيئات الاجتماعية التي تيسر ذلك، فالمراهق بصحبته أقران يدخنون، تتكرر إثابته إذا فعل مـثلهم، ويتكرر عقابه (توبيخه ونقده) إذا لم يفعل أو إذا فشلت محاولته لتقليدهم، لذلك تؤكد (Biglan & Lichtenstein, 1984; Biglan, et al., 1984; Leader, البحدوث (1977 أن اصطحاب المراهق لأقران مدخنين أفيضل وسيلة للتنبئ بكون هذا الفرد سيصبح مدخنًا أم لا حيث تؤكد دراسة مصرية أن تدخين الأصدقاء محمدد رئيسي لتدخين المراهقين (عمبد المنعم شحماته، ١٩٨٩م) وتدعم نتائج عدة دراسات ذلك، ففي دراسة بمشاركــة ٩٩٧ مراهقًا نيورلنديًا – على سبيل المثال- تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٨ سنــة جاء تدخين الأصدقاء ثم المعارف على رأس محددات بدء التدخين (Stanton ; et al, 1996) .

ويؤثر الأقران في بدء تدخين الفرد عبر ثلاثة مسارات:

١- مباشر بأن يكون أحد الأفراد نموذجًا للآخر يمده بالدعم الاجتماعي
 وبالسجائر ويعلمه كيف يستشعر المتعة عند تدخينها.

 ٢- غير مباشر بالتأثير في قسيم الفرد واتجاهاته وتفضيلاته والتي تحدد بدورها سلوكه.

٣- تشريطي بأن تصبح صحبة صديق مدخن مؤشراً للإقدام على
 التدخين وعلامة له (Kandel, et al, 1978).

وهكذا يكون تأثير الأقران هنا تأثيراً مباشراً؛ لأنه من النادر أن يجرب المراهق تدخين سيجارته الأولى في وجود راشدين، وإنما في وجود أقرانه كما ذكر ٨٤٪ من المراهقين الأمريكيين، كما ذكر ٧٠٪ منهم أنهم حصلوا على سيجارتهم الأولى هذه من أحد هؤلاء الأقران الذين هم على صلة حميمة بهم.

وهكذا يقدم الأب ووسائل الإعلام نمؤذجًا للمدخن يقتدى به المراهق، وييسر الأقران محاولات تجريب تدخين السيجارة الأولى التي تعد خطوة مهمة وحاسمة في بدء التدخين؛ إذ تكشف البحوث الأمريكية ;(Flay, et al, 1983; من المراهقين يجربون تدخين سيجارة أولى، يحاول نصفهم تدخين سيجارة ثانية في مدة تتراوح ما بين يوم وعام، وتأتي هذه المحاولة الشانية خلال نفس أسبوع المحاولة الأولى لدى ٤٣٪ منهم، بل وفي نفس اليوم لدى أغلبهم و ٧٧٪ ممن يحاولون مرة ثانية يحاولون مرة ثانية يحاولون مرة ثائة، وأكثر من ٨٠٪ ممن يحاولون مرة ثائة يحاولون مرة رابعة، يصبح ٩٠٪ منهم على الأقل منتظمين في التدخين أي يستمر تدخينهم وبشكل قهري في معظم الأحيان.

وتبين البحوث المصرية (*) أن بعض المواقف الاجتماعية تيسر تدخين السيجارة الأولى، فالمناسبات السعيدة (مثل الأفراح والسنجاح في الدراسة) تأتي في مقدمة الظروف المشجعة على تدخين أول سيجارة في رأي ٩٨٪ من المراهقين المصريين، ثم السهر مع الأصدقاء إما في مقهى أو في منزل أحدهم بمعزل عن الأهل في رأي ٩٣.٣٪ من هؤلاء المراهقين، فالاقتداء بشخصيات

^(*) وتتغنى هذه النتائج مع نتائج دراسة أجراها عبد السلام الشيخ (۱۹۸۸) على عينة من المتعاطين المصربين للمواد المؤثرة في الأعصاب والتي تبين أن الأفراح قتل شروطاً ذات قدرة مرتضعا على تيسيس تعاطي تلك المواد، يليها جلسات الأصدقاء في مقهى أو أماكن للهو المماثلة. (انظر: عبد السلام الشيخ، ١٩٨٨، عبد المتمم شحاتة، ١٩٨٩).

عامة مـشهورة في رأي ٢ , ٧٢٪ منهم، يلي ذلك، الظهور بمظهــر الرجال في رأي ٣٣ , ٣٣٪ وأخيرًا التباهى أمام الفتيات في رأي ٩ , ٢٧٪ من المراهقين.

وتدخين السيجارة الأولى خبرة شديدة الألم، فعندما يشعل المراهق سيجارته ويأخذ نفئا بفمه يمر خلال البلعوم والحنجرة والقصبة الهوائية والشعب الهوائية إلى الرئتين ثم يعود من نفس الطريق خارجًا من أنفه، فيحيط الدخان بوجهه ورأسمه حيث تمتص النيكوتين ويسمرعة أغشمية تلك الأعضاء، ويستقر القطران بين الأسنان وفي أغشية الأنف المخاطية، ويتم تنبيه خلايا الشم والتذوق ومستقبلات الألم في كل من الحنجرة والبلعوم والقصبة الهوائية والشعب الهوائية، ويتحد النيكوتين تدريجيًا مع أنسجة الرئتين محدثًا شللاً في أهدابها، وكـذلك أول أكسيد الكربون، ويحـدثان زيادة في الإفراز المخاطى داخل تجويفها مما يحدث سعالاً شديدًا، فتدمع العيون، وتزيد الغدد العرقية من إفرازها (Dreisback, 1980). كل هذا تأثير مؤلم لكن تدعيم الأقران وتبريرهم للموقف «هذا يحـدث في البداية فقط، ستتعود عليـه فيما بعد» «التدخين لا يضر إلا كبـار السن فقط» «ويمكن الامتناع عن التدخين أي وقت تشاءً لا تبلع الدخان. . . إلخ، أو تبرير الفرد نفسه للـموقف، يجعل هذه الآثار مقبولة ويهمون من شدتها مما يسهم في تكرار المحاولة مرات ومرات.

والتبرير عملية أساسية لبدء التدخين، فكل المراهقين يعرفون أن التدخين ضار بالصحة، وأن مترتباته سيئة، لكنهم يزعمون أنه له مـزايا عدة فيعانون من حالة تنافر معرفي بين عناصر نسقهم المعرفي، يعملون على خفض هذا التنافر بواسطة التبرير الذي يعد أحد العـوامل المهمة التي كشف عنها التحليل العـاملي لاستـجابـات ٥٢٠٠ تلميـذ أمريكي عـلى ٨٣ بندًا تتناول الظروف والمشاعر المصاحبة لبدء التدخين (Green, 1977).

وتؤثر خصال شخصية المراهق في مدى تبريره للموقف، نتيجة تأثيرها في تقديره لمدى التنافر بين عناصر نسقه المعرفي، كما تؤثر استجابته للمؤثرات الاجتماعية السابق الإشارة إليها سواء كانت هذه المؤثرات من الآباء أو الأقران أو وسائل الإعلام.

وقد أجريت في دول العالم المتقدم (وخصوصًا الولايات المتحدة) مثات المبحوث (**) التي تتناول خصال شخصية المراهقين المدخنين بألمقارنة بغير المدخنين، وقد وجدت جميعها ارتباطًا سلبيًا مرتفعًا بين بدء التدخين والأداء الدراسي (المرتبط إيجابيًا بالذكاء) وتقدير الذات أو الصورة التي يكونها الفرد عن ذاته، كما وجدت ارتباطًا إيجابيًا مرتفعًا بينه وبين القلق والعصابية والانبساط، يدعم ذلك نتائج عدة بحوث (استعرضها: حاسم الجزار، ٤٠٠٧: ٩٤٩) حيث درجات المدخنين أعلى على مقاييس العصابية والذهائية والانبساط والتوتر والتحرر من التقاليد والتمرد والبحث عن الخبرة الحسية والاعتمادية، وذلك بالمقارنة بغير المدخنين، وأن درجات المدخنين أقل من غير المدخنين على مقاييس السعادة ومستوى الطموح والثقة بالنفس من غير المدخنين ولك المذات.

ولأن هذه البحوث تكتفي بالتمييز - فقط - بين أداء كل من المدخنين وغير المدخنين على استحبارات الشخصية، ولأن البيانات التي تقدمها تكون ذات طبيعة استرجاعية غالبًا، فقد تم تتبع مجموعتين من المراهقين لمدة عامين تم اختيارهما من بين ٢١٢ طالبًا بإحدى المدارس الثانوية، وتمثل المجموعة الأولى ٤٠ طالبًا من منخفضي القدرة على التحصيل الدراسي الأكثر إحساسًا بالدونية (تقديرًا أقل للذات) والأكثر تجبيلاً – من حيث الموقف الاتجاهي -

^(*) انظر · البحوث التي عرضها Flay. 1985، وقد أجريت بحوث مماثلة على عينات مصرية، وتوصلت إلى نفس النتائج من هذه البحوث (زكريا توفيق أحمد، ١٩٨٨، هند طه، ١٩٨٤).

للتدخين، أما المجموعة الشانية، فتتكون من ٣٧ طالبًا مماثلاً لهم لكنهم من مرتفعي القدرة على التحصيل الدراسي والآقل إحساسًا بالدونية (تقدير أعلى للذات) والأقل تحبيلًا للتدخين.

وبالمقارنة بين المحموعتين على مدى سنتين تبين أن مبحوثي المجموعة الأولى أكثر تعرضاً لخبرة التدخين بالمقارنة بمبحوثي المجموعة الشانية، سواء كانت هذه الخبرة ناتجة عن اصطحاب مدخنين (٥,٥٪ في مقابل ٨,١٠٪) أو ناتجة عن محاولة تجريب التدخين، فـ ٥,٧٧٪ من مبحوثي المجموعة الأولى حاولوا تدخين سيجارة أولى، حاول ٨,٧٧٪ منهم تدخين سيجارة ثانية، وحاول ٥,٨٥٪ منهم في التدخين، بينما كانت النسب المقابلة بين مبحوثين في المجموعة الثانية هي : التدخين، بينما كانت النسب المقابلة بين مبحوثين في المجموعة الثانية هي : ١٨٩٨٪، ٥,٥٥٪، ٣,٧٣٪ ، ١٨٨٪ على التوالي (عبد المنعم شحاته)

ويصعب تفسير علاقة خصال الشخصية ببدء التدخين، كما يصعب الحديث عن أيهما يسبق الآخر، فهل خصال معينة يتسم بها المراهق تحدد كونه سيصبح مدخنًا أم غير مدخن؟ أم هل بدء المراهق المتدخين يزيد من درجاته على مقاييس تلك الخصال؟ إنها أشبه بحالة البيضة والدجاجة.

نقطة أخسرى جديرة بالاهتمام، وهني أن بدء التدخين يكون في العادة أثناء مرحلة المراهقة ومصاحبًا لفتسرة البلوغ حيث تغييرات أساسية في إفرازات الغدد الصماء (*)، وهذا التزامن يثير العديد من التساؤلات، خصوصًا في

⁽ع) تئبت بحوث أيزلك أن عوامل حيوية هي اغددة لبعد الانبساط- الانطواء، وبالتالي يمكن أن يكون لها دور في التدخين، كما تشير بعسوث أخسرى إلى أن تدخين ميجازتين يزيد مستوى البلازما في هرموني النمو والســـACTH، كذلك هناك آثار عديدة للتدخين على ضغط اللم ومعدل النبش، وعديد من العمليات الحيوية، وكل هذا يدعم وجسود علاقة بين عوامل حيوية معينة وبدء التدخين إلا أن هذه العلاقة لم تنضح بعد (Jarvik, 1977).

ضوء التنفسير الذي قدمه «إيزنك» لتدخين كل من الانبساطين والانطوائيين السجائر، إذ يعتبر التدخين وسيلة الفرد لتنظيم مستوى الإثارة في القسرة المنجنة والمحافظة على مستواها الأمثل، أي أن التدخين نتيجة للحالة الانفعالية (التي ترتبط بشدة بمستوى الإثارة اللحائية) التي يعايشها الفرد، والانبساطي-في رأي إيزنك— يتميز بانخفاض هذا المستوى عن الحد الأمثل، لذا يلجأ إلى التدخين كي يرفع مستوى الإثارة لديه إلى حدها الأمثل الذي يتيح له مواصلة نشاطه (Bysenck, 1973).

وهكذا ربط «إيزنك» تدخين السجائر بخصائص فسيولوجية للجهاز العصبي المركزي يعتبرها محددًا للدرجة انبساطية الفرد أو انطوائيته وللهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء دورها في تحديد تلك الخصائص بما يشير التساؤل حول التزامن بين بدء التدخين وبلوغ فترة المراهقة والنضج الجسمي بعد ذلك، وهو تساؤل جدير بالدراسة والفحص.

الخلاصة

لمصادر التأثير الاجتماعي دورها الأساسي في تهيئة الفرد وإعداده لبدء التدخين؛ إذ يقتدي المراهق بوالده المدخن أو بنماذج المدخنين الستي تقدمها وسائل الإعلام، اللين يرسخون في ذهنه الاتجاهات المحبذة للتدخين، وتؤدي هذه الاتجاهات إلى نية تجريب التدخين، وييسر الأصدقاء محاولة هذا التجريب كما يسهمون في تكرارها، خصوصًا وإن تدخين السيجارة الأولى يتم في صحبة من الأصدقاء، وفي ظل سياق اجتماعي لا يحظر التدخين بل يحبذه؛ إذ من الشائع - في المجتمع المصري - أن تقدم السجائر إلى المدعوين للاحتفال بالمناسبات السعيدة، كما يعد تدخين هذه السجائر مجاملة لأصحاب المناسبة.

وهكذا تشجع الظروف الاجتماعية على تجريب تدخين السجائر، ويؤدي تكرار محاولاته إلى الاعتماد النفسي والفسيولوجي على مركبات السيجارة الكيمائية، وعلى الرغم من قلة البيانات المتاحة لنا عن المدة التي يستغرقها المراهق حتى تتحول محاولاته لتجريب التدخين إلى تدخين منتظم، إلا أن اصطحاب مدخين ووجود مدخين بين أفراد الأسرة (أحد الوالدين أو كليهما أو واحد – أو أكثر – من الإخوة الكبار) وإحساس المراهق بعجز والده (لكونه مدخيًا أو لغيبابه) عن كبح رغباته وانخفاض أدائه الدراسي وانخفاض تقديره لذته وتبريره للآثار الفسيولوجية المباشرة المترتبة على محاولاته المبكرة تدخين السجائر كل هذه عوامل تتضافر فيما بينها وتزيد من سرعة التحول من التحربة إلى التدخين بانتظام.



الفصلالثالث

استمرارالتدخين

يتساءل الذين عرفوا عناصر السيجارة الكيمائية، وما يترتب على دخولها الجسم من آثار مزمنة تطول كل أجزائه دون استثناء، يتساءلون: لماذا يبتعد فريق من الذين جربوا التدخين، يبتعد كلية عن الدخان، ويقتصر فريق ثان على تكرار المحاولة، ولكن في فترات متباعدة أو يدخن بحسب الظروف، بينما ينتظم فريق ثالث (*) في التدخين بل ويصبح امتناعه أمرًا بعيد المنال؟ وقد حاول علماء النفس- وغيرهم - الإجابة، ويمكن استخلاص أربع إجابات - أو تفسيرات- تقدمها نتائج بحوثهم لهذا التساؤل:

التفسيرالأول

يف تسرض أن تدخين السجائر يحدث درجة من الاعتماد النفسي والفسيولوجي على النيكوتين، باعتباره أكثر عناصر السيجارة الكيميائية تأثيرا في أجهزة جسم الفرد، وحنًا له على استمرار التدخين، فتدخين الفرد عشرة أنفاث من كل سيجارة من السجائر العشرين (في المتوسط) التي يدخنها يوميًا، تعني أكثر من ثلاثة وسبعين الف نفث سنويًا، ينقل كل منها إلى المخ النيكوتين- وغيره من العناصر- بسرعة (أقل من سبع ثوان) تفوق سرعة وصول الهيروين إلى المنح عن طريق الحقن في الوريد، كما ينقل كل منها إلى المخ كمية من النيكوتين قد لا تصل إلى حجمها كمية أي محدر- طبيعي أو

⁽⁴⁾ تشبر البحرث إلى أن ما بين ثلث إلى نصف الذين يجربون التدخين ينتظمون فيه (Pomerleau, et al,). 1993)

مصنع (مخلق) - أخر يتعاطاه الفرد، ذلك لأن النيكوتين- أو تدخين السجائر- مقبول في كل المواقف الاجتماعية ومرتبط بهاديات (علامات) بيئية عديدة، وآثاره السلبية المباشرة غير ملحوظة، وتكلفته الاقتصادية أقل كثيرًا بالمقارنة بالمخدرات الطبيعية أو المصنعة الأخرى، ثما يجعل الاعتماد على النيكوتين - أو تدخين السجائر- متاحًا بدرجة كبيرة (Russell, 1977) النيكوتين - أو تدخين السجائر- متاحًا بدرجة كبيرة الرئتين تمتصه بسرعة، ويصل (**) ربع ما امتصه إلى شعيرات المغن، فينبه مستقبلات النيكوتين به (التي توجد في Medial Forebrain على المخدديد) ويرفع معدلات الأحماض الأمينية المختلفة، وينبه مركز التنبيه الكيميائي في النخاع، ويستثمير عددًا من هرمونات العدد النخامية «والهيبوثلاموس»، وهكذا يؤثر النيكوتين تأثيرًا مباشرًا وفوريًا يؤدي - نتيجة تكراره- إلى الأعتماد النفسى والفسيولوجي على النيكوتين.

ويستند المتبنون لهذا التفسير على صحته بما يلي:

1- يقدم النيكوتين تدعيمًا إيجابيًا للاعتماد عليه والاستمرار في تدخين السجائر؛ إذ يؤثر في الجهاز العصبي تأثيرًا مزدوجًا بشكل يجعله وسيلة بعض الأفراد لتنظيم انفعالاتهم في مواقف المشقة والقلق؛ لأنه مخمد يحدث فتورًا في العضلات، كما أنه وسيلة أفراد آخرين لمواجهة مواقف الرتابة والملل؛ لأنه يرفع مستوى الإثارة في القسرة المخية (Ashton & Stepney, 1982; Solomon ...

وبالإضافة إلى هذا الدور كمدعم إيجابي، فإن للنيكوتين دوره كمدعم سلبي، ويتمسئل في مساعدة الفرد على تجنب الإثارة الجسمية الفسيول وجية والنفسية المنفرة والمرتبطة بالامتناع عن التدخين (أي أعراض الانسحاب)،

^(*) أما الثلاثة أوباع - الأخرى فتوزع - مع الله- على باقي أجزاء الجسم وتسبب - بالتفاعل مع المناصر الأخرى - أضرار التدخين المختلفة. انظر: Jarvik, 1977 .

والتي يظهر بعضها بعد مرور ساعتين على تدخين آخر سيجارة، ومنها: انخفاض معدل نبض القلب، وارتفاع كل من ضغط الدم ومعدل التنفس ودرجة حرارة الجسم وزيادة القابلية للاستثارة العصبية «النرفزة» والقلق، وانخفاض معدل الإدرينالين والمنوربنفرين Norepinephrine والاحماض الأمينية في الدم، وكل هذا يؤدي إلى الأرق والتعب والخمول والصداع والغثيان واضطراب عمليات الهضم والأيض (التميل الغذائي)، وانخفاض مستوى الإثارة في القشرة المخية وضعف القدرة على التركيز وكذلك التذكر والانتباه، وتصل هذه الأعراض إلى ذروتها خلال الأيام الثلاثية بعد تدخين مسجارة، ثم تقل شدتها تدريجيًا بعد ذلك، كما تختفي هذه الأعراض تمر سيجارة، ثم يعالى المحاناة التي يقاسيها الفرد في الأيام الأولى لامتناعه عن التدخين، يعاود التدخين بشكل منط دون توقف.

٢- يتمستع الدم- والجسم عمومًا - بدرجة من التوازن بين عناصره، فلكل عنصر مستوى معين، تجب المحافظة عليه، فأي نقصان- أو زيادة- في مستوى تركيز عنصر ما في الدم تخل بالتوازن، وبالتالي تحث الفرد إلى السعي لإعادة هذا التوازن من خلال زيادة الطلب على العنصر الناقص، وهكذا، ومع تدخين السجائر، يصبح للنيكوتين مستوى تركيز معين في الدم، وتصبح المحافظة عليه محددا كافيًا لاستمرار التدخين، دليل ذلك الزيادة التي تتراوح بين ١٥ و ٢٠٪ التي كشفت عنها التجارب (Schwartz, 1977) في معدل الاستهلاك اليومي لسجائر ذات معدل نيكوتين منخفض بالمقارنة بذات معدل نيكوتين منخفض بالمقارنة بذات المعدل نيكوتين منخفض بالمقارنة بذات الزيادة تختلف باختلاف معدل التدخين المعتاد، إذ تزيد على ٢٥٪ بالنسبة للمدخنين بكشرة، بينما لا تشجاور ٥٠/١٪ بالنسبة للمدخنين ذوي معدل للمدخنين ذوي معدل

تدخين يومي منخفض، مما يشير إلى أن المدخنين أو على الأقل المدخنين منهم بكشرة، يدخنون للمحافظة على مستوى النيكوتين في الدم، أي أن هناك علاقة بين تدخين السجائر ومستوى النيكوتين في الدم.

وتشكك نتاثج البحوث (Lerenthal & Cleary, 1980) في إمكانية أن يكون هذا التفسير تفسيرًا شاملاً لاستمرار التدخين، حيث تبين أن:

(أ) مــــا بين ٧٥ - ٨٠٪ من المستنعين عن التدخين يعـودون إليـه (ينتكسون) فيــما بين ثلاثة شهور وسنة بعد التعـرض لبرامج منع التدخين أو التحكم فيـه، على الرغم من عدم وجـود أعراض انسـحاب أو أي مـعدل للنيكوتين في الدم بعد أيام قلائل من التعرض لتلك البرامج.

(ب) يكتفي بعض المدخنين بتدخين سجائر لا تحتوي على نيكوتين، أي إنهم يدخنون لأسباب أخسرى غسر تنظيم مسعمدل «نيكوتين» في الدم؛ لأن تدخينهم هذه السجائر لا يضيف إليه شيئًا.

(ج) لم يزد المدخنون صدد ما يدخنونه من سبجائر ذات معدل «نيكوتين» الذي نقص من كل «نيكوتين» الذي نقص من كل سيجارة، بمعنى آلخر، تبين التجارب أن تدخين سجائر يقل فيها النيكوتين بنسبة ٧٧٪ عن السجائر العادية، لم يصحبه إلا زيادة السجائر المدخنة يوميًا لا تتجاوز ٢٥٪.

(د) لم يحدث تناول جرعات «نيكوتين» عن طريق الفم انخفاضًا
 ملحوظًا في معدل الدخين السجائر.

(هم) تبين عدة بحوث أن الأفراد يدخنون لأسباب مختلفة، منها: التغيرات الانفعالية المرتبطة - شرطيًا - بالتدخين، كما تبين بحوث أخرى اختلاف المدة التي يستغرقها كل فرد للتحول من التدخين على سبيل التجربة إلى التدخين المنظم، فقد تكون هذه المدة شهرًا لدى بعض الأفراد، وقد تكون

سنتين لدى بعضهم الآخر، ومعنى ذلك أن عــوامل أخرى، غير تنظيم معدل النيكوتين في الدم، وراء استمرار الفرد في التدخين.

التفسيرالثاني

أجريت علمة بحوث تهمدف إلى تحديد المواقف (وتشمل الأماكن والأنشطة التي يزاولها الـفرد والأشخاص المتـواجدون معــه) الشائع أن يدخن فيها الفرد السجائر (*) ، أو بمعنى أدق التي تستحثه على ذلك لارتباطها الشرطى معـه، وقد أجريت بعض هذه البحـوث بمشاركة مبـحوثين مراهقين ١٦, ١٣ (متموسط أعممارهم ١٦, ١٣) (Biglan & Lichtenstion, 1984; Green, 1977) سنة، ومـتوسط المدة التي أمـضوها يدخنون ١,٩٤ سنة، ومـعدل تدخـينهم ١٥,٢٥ سيجارة يــوميًا) كما جرى بعضــها الآخر بمشاركة مبــحوثين راشدين (متوسط أعمارهم ٣٠,٤٦ سنة، ومتوسط الملة التي أمضوها يدخنون ١٤,٦ سنة، ومعدل تدخينهم ٢١,٧٥ سيجارة يوميًا)، وتبين جميعها أن تدخين السجائر سلوك تدفع إليه أحيانًا حالات انفعالية إيجابية كالسعى إلى المتعة والسرور والاسترخاء، كما تحث عليه أحـيانًا أخرى الرغبة في إنقاص المشاعر السلبية كالشعور بالجوع أو الضجر أو الاستثارة العصبية «النرفزة». . . إلخ، مما يعنى أن تدخين السجائر سلموك متعلم، أي عادة تكتسب في ظل ظروف الدعم الاجتماعي وضغوط الأقران، من هذا المنطلق يمكن تفسير استمرار تدخين السجائر في ضوء نظريات التعلم:

يشاهد الطفل أباه يدخن، فيكون انطباعًا إيجابيًا عن التدخين والمدخن (فأباه يدخن) يدعمه التكرار المتواصل للصورة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المدخن، فهو البطل المنقذ القادر على مواجهة كافة المشكلات، كما تدعمه

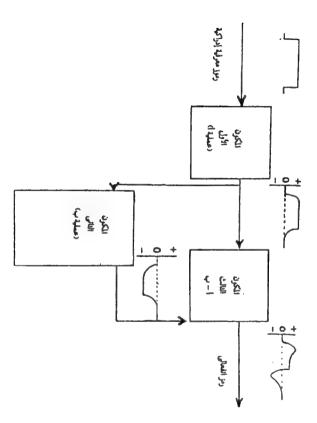
⁽⁺⁾ وقد طور دشفمانه وزملاؤه (۱۹۹۳) هذا الإجراء بحيث تستخدم الآن اخوانب الآلية في تصميم وتفذيم برامج تساعد المدخن على تحذير ذاته على مدى اليوم إذا كان يحاول التحكم في معدلي تدخينه.

إشارتها إلى التدخين باعتباره علامة النضج والقوة وحب المغامرة. . . إلخ، ويستمر عرض هذه المصورة، وتستمر المشاهدة، في ظل ذلك يحبر الطفل ويصبح مراهقًا، فيكون قــد تعلم- تعلمًا بالملاحظة وبالاقتداء- كيف يدخن، ويحاول ذلك، فيلقى استحسان أقرانه، بمكافأة تدعم لديه إعادة الكرة، فيعيدها (Green, 1977). ومع تكرار المحاولات، يتزاوج التدخين مع عدد من الهاديات الخارجية، ويرتبط بها شرطيًا، وتعد متغيرات سابقة له كاحتساء القمهوة أو الشماي، وتناول وجبة وقيادة السيمارة، ومشماهدة التليفزيون، ومجالسة المدخنين، وانتظار شخص ما. . . إلخ، ونتيجة لذلك التكرار أيضًا، يصبح التدخين مدعمًا ثانويًا في عدة مواقف تعد منهات تمييزية له، مثل: مواقف الضغط الاجتماعي والمشقة والحرمان من الطعام، والانشغال، والشعور بالقلق، أو الضحر، أو الغضب، أو التعب، أو القابلية لــــلاستثارة «النرفزة»، ومع تكرار تدخين السجائر في هذه المواقف يصبح «النيكوتين» مدعمًا أوليًا، إذ يحدث تأثيرًا في الجهاز العصبي المركزي يساعد على خفض التوتر والاسترخاء والكفاءة في العملاقات الاجتماعية. . . إلخ، ومع تكرار تدخين السجائر آلاف المرات، وتكرر إصداره في مـواقف عديدة ومـتنوعة، تقوي العملاقات الشرطية بينه وبين كل من الهاديات التمي تسبقه والهاديات الداخلية التي تقترن به.

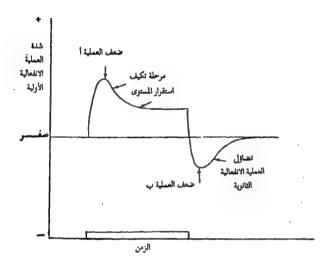
وأحدث النظريات التي تبلور هذا التفسير هي نظرية العملية المضادة-Opponent (هنا (Solomon & Corbit, 1974, Ternes, 1977) والتي تعمد توظيفاً جيداً لنظرية التعلم الشرطي الكلاسيكي في تفهيير الاستمرار في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب، وتدخين السجائر من بينها، وتفترض النظرية أن الجهاز

^(*) ونوجع لمي الأصل إلى الفيلسوف اليوناني وأفلاطونs والذي قال : إن الأصداد كلها يتولد أحدها عن الآخر ، ويجئ الواحد منها في أعقاب أخيه .

العصبي المركزي يميل دائمًا لخلق حالة من التوازن Homeostasis داخليه من خلال أنساق معينة مهمتها التحكم في الانفعالات للمحافظة على هذا التوازن بواسطة إنقاص أية مشاعر إيجابية كانت أو سلبية، مفرحة كانت أو مترحة، تخرج الجهــاز العصبي عن توازنه، ويوضح شكل (١٤) الكيفــية التي تتم بها هذه العملية والتي تتضمن ثلاثة مكونات يمثل أولها العملية الانفعالية الأولية (عملية أ) الناتجة عـن إثارة الجهاز العصبي بواسطة منبهـات معدلة للمزاج أو هاديات مرتبطة بها، وتعكس هذه العملية انفعالاً سارًا أو محزنًا، تبعًا لطبيعة المنبه الذي يحدثها. ويمثل ثانيها رد الفعل الانفعالي المضاد (عملية ب) أي العملية الانفعالية الثانوية والتي تعد آلية الجهاز العصبي لاستعادة توازنه الذي أخلت به العملية أ، ويمثل حاصل الجسمع بين المكونين السابقين المكون الثالث الذي يعد حالة الفرد الانفعالية في لحظة ما من الزمن، وتتابع المكونات الثلاثة بشكل دينامي يتسم بخمسة ملامح متمايزة يوضحها شكل (١٥)، وهي: وصول الأول (عملية أ) إلى أضيق مدى له ٰ- يتبعه مرحلة تكيف، أي إنقاص شدة العملية (أ) إلى أدنى مستوى- فإذا ما أصبح هذا المستوى مستقرًا نسبيًا، تتم المحافظة عليه حتى استبعاد المنبه الذي أحدثها، هنا تكتسب العملية (أ) القدرة على إحداث نفس تأثير هذا المنبه، أي تستثير ظهور العملية (ب)-وتكون هذه العملية الأخيرة في أضيق مدى لها بعد استبعاد المنبه- ثم تضعف ببطء وتعود إلى وضعها الأصلى، أي استبعادة التوازن وتتابع معًا هذه الملامح الخمسة لتصف النمط المقنن للديناميات الانفعالية في نموذج العملية المضادة، الذي يعتبر حالة الفترد الانفعالية في لحظة ما من الزمن هي حاصل الجمع الجبري للعمليتين (أ،ب) حيث تطرح (ب) دائمًا من (أ)، فإذا كانت أكبر من (ب) عايش الفرد حالة انفعالية تغلب عليها العملية (أ)، وتسمى الحالة (أ)، أما إذا كانت (أ) أصغر من (ب) شعر الفرد بانفعال له نفس شدة العملية (ب)



شبكل (١٤) تموذج العملية المضادة



شكل (١٥) تتباع لللامح الخمسة الديناميات الانفعالية لنموذج العملية المضادة

ونوعيتها، أي الحالة (ب)، وهكذا تتبع شدة الحالة (أ) ونوعيتها مباشرة بدء التعرض للمنبه المشير للعملية (أ)، عند ضعف العملية (أ)، كذلك تتبع شدة الحالة (ب) ونوعيتها مباشرة استبعاد المنبه الذي يحدث العملية (أ)، وعند ضعف العملية (ب) وهكذا أيضًا يتشابه رد الفعل الانفعالي المضاد الذي يشيره وجود المنب غير الشرطي مع الانفعال السلبي الذي يطهر نتيجة المتوقف المفاجئ في تقديم المنبه المدعم، وهذا الانفعال السلبي أو الحالة (ب) هو شرط جديد يظهر فقط بعد استبعاد المنبه غير الشرطي، أي إنه كلما تكرر التعرض للمنبه غير الشرطي قوي رد الفعل الانفعالي الناتج عن استبعاد هذا المنبه، أي زيادة العملية (ب)، وهذه الزيادة تحدث تغييرات في الديناميات الانفعالية، تشمل إنقاص شدة الحالة (أ)، وزيادة شدة الحالة (ب)، بمعنى آخر كلما تكرر طهور المنبه غير الشرطي، تناقصت الحالة (أ) وزادت بالتالي الحالة (ب)، طهور المنبه غير الشرطي، تناقصت الحالة (أ) وزادت بالتالي الحالة (ب)، للمنبه المعدل للمزاج، وبكلمات أخرى فيإن العملية (ب) أو رد الفعل الانفعالي المضاد تقوى بالتعاطي، وتضعف بعدم التعاطي.

فتدخين السجائر منبه معدل للمزاج يستثير - في البداية - انفعالاً ساراً (عملية أ) ناتجًا عن استحسان الاقران له، والذي تدهمه هاديات بيئية واجتماعية تمبذه، والتي في ظلها تتضاءل الآثار المترتبة مباشرة على التدخين، ويعقب هذا الانفعال السار، انفعال مضاد له (عملية ب) مرتبط باختفاء المنبه أو عدم التدخين، ومع تكرار التدخين، يقوى الانفعال المضاد، ويطول آمده، عما يؤدي إلى تناقص تدريجي في شدة الانفعال السار الحالة (أ) وأمده، والذي سبق للتدخين أن أحدثه، وتزداد بالتالي شدة الحالة (ب) وأمدها مما يزيد الرخبة في معاودة التدخين، أي أن تكرار التدخين يؤدي إلى تناقص تدريجي في الجوانب الممتعة الناتجة عن الحالة (أ)، ويصاحب هذا التناقص تدريجي في الجوانب الممتعة الناتجة عن الحالة (أ)، ويصاحب هذا التناقص

تزايد شدة الانفعال المضاد لها (عملية ب) يتزامن مع بدء ظهور مجموعة من الأعراض الجسمية المنفرة (أعراض الانسحاب)، والتي تزداد شدتها كلما طالت الفترة بين تدخين السيجارة وتسدخين الأخرى، وتتزايد بالتالي الرغبة الملحة في الستدخين (الحالة ب) فستدفع الفسرد إلى محاولة تجنب ظهور تلك الأعراض بالبحث عن السجائر وتدخينها والذي يدعمه اختفاء تلك الأعراض وكذلك المتعة الناتجة عنه.

وهكذا تتراوح انفعالات الفرد ما بين معاناة آثار مؤلة (أعبراض الانسحاب) وانفعال سلبي (الرغبة الملحة في التدخين) ناتجة عن الامتناع عن الاستدخين، وبين مشاعر سارة تترتب مباشرة على تجنب تلك الآثاو؛ وهذا الانفعال بمعاودة التدخين، وتصبح هذه المشاعر مدعمًا لمتلك المعاودة التي يؤدي تكرارها في المواقف المختلفة إلى تزاوج هاديات بيئية واجتماعية امتباينة مع التدخين، وترتبط به شرطيًا بحيث يستثير ظهور أي منها الحالة (ب)، وتعد هذه الهاديات متغيرات معدلة (تنقص الأثر المدعم للنيكوتين) لقيمة النيكوتين التدعيمية، وبالتالي يطلب الفرد المزيد منه، أي يعاود مد يده إلى علم سجائره مشعلاً الواحدة تلو الانحرى.

وهكذا تمدنا نظرية العسملية المضادة بآلية توحد الهاديات الخارجية والداخلية (السابق الإشارة إليها) مع استجابات أخرى متنوعة تشمل خبرات الفرد الانفعالية المرتبطة بالتدخين، ويساعدنا هذا التوجد على معرفة كيفية ظهور الرغبة الملحة في التدخين لدى الفرد وتزايد شدتها نتيجة وجود آخر يدخن.

تبقى الإشارة إلى التناقض في بناء هذه النظريـــة، فحالة (أ) قـــد تكون إيجابية وقد تكون سلبية، والحالة (ب) عكسها دائمًا، وإذا كان تكرار التدخين يؤدي إلى تزايد شـــدة الحالة (ب) مما يدفع إلى مــعاودة التدخين، فــإنه بالمثل يؤدي تكرار عدم التدخين - أي الامتناع عنه فتمرة طويلة تتجاوز تأثير أعراض الانسحماب - إلي الشعور بالسعادة، وكلما طالت مدة عدم التدخين طالت المتعة الناتجة عنه وطال أمدها، ومع ذلك فإن تدخين سيمجارة أو اثنتين - بعد فترة طويلة من الامتناع يكون مدعمًا لمعاودة التدخين على الرغم من الانفعال السلبي الناتج (عملية أ) عن تلك المعاودة.

التفسيرالثالث

لا يعد أي من التفسيرين السابقين تفسيرًا شاملاً لظاهرة استمرار الفرد في تدخين السجائر، مما يبرز الحاجة إلى نموذج يقدم لنا تكاملاً بينهما يناسب دينامية الظاهرة، ولا يغفل جانبًا من جوانبهـا المتعددة، إذ لا يمكن لنا النظر إلى تدخين السجائر باعتباره سلوكا متعلمًا فقط متجاهلين التأثير النفسي والفسيولوجي للنيكوتين، وأهمية المحافظة على معدل معين له في الدم، كما لا يمكن أن يستثير انخفاض هذا المعــدل - وبمفرده- الرغبة الملحة في التدخين دون مساندة من الهاديات الخارجية أو الداخلية الأخرى، أو دون تفاعل معمها، وإذا اعتبرنا هذه الرغبة هي الحلقة الوسطى بين انخفاض معدل النيكوتين في الدم والتدخين، فإن بالإمكان التساؤل عن كيفية التفاعل بين هذا الانخفاض والهاديات الداخلية والخارجية الآخرى، ذلك التفاعل المسئول عن الاختلافات بسين الأفراد في الهدف المتوقع من التدخين، وفي كونه استجابة لهاديات بعينها لدى بمعضهم أو استجابة لهاديات أخرى مغايرة لدى البعض الآخر، حيث يدخن المدخنون بكثرة بهدف تنظيم معدل النيكوتين في الدم، واستجابة لهاديات دأخلية، بينما يدخن المدخنون بمعدل منخفض بهدف تنظيم انفعالاتهم واستجابة لهاديات خارجية.

ويفتـرض أن هذا التفاعل يتم على النحـو التالي: فالفرد يبــدأ التدخين على سبيل التجربــة؛ إذ يعتبره مظهرًا للنضج وللإثارة، فيتعلم كـيفية التحكم في طول النفث وعمقه ومدة بقائه في الرئتين، وكيفية التعود على آثاره الفسيولوجية في هذه المرحلة، يحدث النيكوتين لدى الفرد إحساسًا سارًا (ربحا نشوة) يتحول- بصورة آلية - إلى إحساس مضاد أي سلبي، يبدأ ضعيفًا ثم يقوى بالتدريج ومع تكرار التدخين- في هذه الأثناء - يعتباد الفرد أن يدخن السجائر في ظروف بيئية واجتماعية - مختلفة ومتنوعة غبالبًا (أي مواقف مشقة) فترتبط الانفعالات السلبية المضادة للإحساس السار السابق إن أحدثه التدخين شرطيًا بتلك المواقف، وفي الوقت نفسه يبدأ - عند استبعاد السجائر- انخفاض في معدل النيكوتين في الدم مصحوب بأحاسيس جسمية (ارتفاع ضغط الدم - انخفاض معدل لنبض القلب. . . إلخ) ناتجة عنه وترتبط شرطيًا بمواقف المشقة السابق الإشارة إليها، وبالانفعالات السلبية المرتبطة بها، ومع تكرار هذا الارتباط الشرطي تصبح تلك المواقف هاديات خارجية للرغبة الملحة في التدخين يتوق الفرد إلى السيجارة فور ظهور أحد هذه الهاديات.

ويمكن أن نفصل هذه العملية على النحو التالي:

- (أ) تتزامن عدة عمليات انفعالية في توقيت حدوثها على الرغم من تعدد مصادرها، فمواقف المشقة تبعث في الفرد مشاعر سلبية بينما يثير التدخين انفعالاً إيجابياً.
- (ب) ومع تكرار هذا الــــزامن، وفي لحظة مــا من الــوقت، تتــوحــد (بطريقــة الجمع الجــبري) هذه الانفـعــالات، ويغلب عليهــا الطابع السلبي، فيتوق الفرد للسجائر كلما شعر بانفعال سلبي.
- (ج) ومع تكرار تدخين السجائر، يحتفظ الدم بمستوى معين من النيكوتين يؤدي انخفاضه إلى إثارة أحاسيس جسمية وفسيولوجية غالبًا، ترتبط شرطيًا بالانفعالات السلبية، هذه العلاقة الشرطية هي أساس (حجر الزاوية) الرغبة الملحة في التدخين.

(د) ولأن الفرد يدخن السجائر في مواقف متنوعة متصوراً أن التدخين يساعده على مواجهة هذه المواقف والتحكم في التهديدات الناتجة عنها، هنا يتم الإعزاء الحاطئ Misattributed. حيث تُعـزى آثار إيجابية إلى التدخين، وبالتالي يـرتبط التدخين - وبشدة - بتلك الأثار، ويرتبطان معًا بتلك المواقف أو الأحداث، وتتكون في ذهن الفرد صورة معرفية Schemata تتوحد فيها الانفعالات والمواقف والانطباعات مع ردود الفعل الفسيولوجية والحركية التي يصدرها الفرد في هذه المواقف، وتصبح هذه الصورة من اللكريات الانفعالية للفرد.

(هـ) وتمدنا هذه الذكريات الانفعالية بآلية التكامل والتوحد بين كل من الهاديات الخارجية (مواقف المشقة مشلاً) والداخلية (الأحاسيس الفسيولوجية الناتجة عن انخفاض معدل النيكوتين في الدم) وعدد من الانفعالات الذاتية والاستجابات الحركية اللاإرادية المرتبطة بخبرة المتعة الناتجة عن التدخين.

(و) وفي ضوء هذا التكامل أو الـتوحد، تصبيح أي من تلك الهاديات الحارجية أو الداخلية مصدراً للرغبة الملحة في التدخين، ويختلف هذا المصدر من شخص لآخر، أو من موقف لآخر بالنسبة للفرد الواحد، باختلاف الوزن النسبي لمكونات النسق المتكامل، ويعد هذا الوزن النسبي دلكونات النسق المتكامل، ويعد هذا الوزن النسبي دالة تاريخ التدخين لدى الفرد.

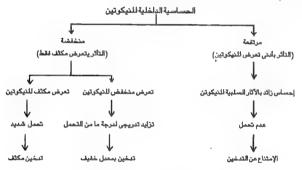
وهكذا، يمكننا هذا المتفسسير من فسهم استمسرار الأفسراد في تدخين السجائر، على الرغم من اختلاف أهدافهم من التمدخين، أو اختلاف المواقف التي يدخنون التي يتوقعها كل منهم من تدخينه للسجائر أو اختلاف المواقف التي يدخنون فيها أو اختلاف كم وكيف هذا التمدخين، فكل هؤلاء – في ضسوء هذا

التفسير - يدخنون لتنظيم مستوى النيكوتين، إلا أن بعض الأفراد يعزو تدخينه إلى هاديات خارجية اجتماعية غالبًا - ارتبطت شرطيًا بالرغبة الملحة في التدخين الناتجة عن انخفاض معدل النيكوتين، بينما يعزوه بعضهم الآخر إلى هاديات داخلية - انفعالية غالبًا - مرتبطة بمواقف مشقة مصاحبة لانخفاض معدل النيكوتين. الفارق بين الفريقين، أن العلاقة الشرطية بين انخفاض معدل النيكوتين والهاديات الخارجية يسهل ملاحظتها وتحتاج وقتًا أقل كي تتكون بالمقارنة بالعلاقة بين انخفاض معدل النيكوتين والهاديات الداخلية التي يحتاج ظهورها إلى معدل تدخين مرتفع عبر مواقف متباينة وعلى مدى زمني طويل.

التفسيرالرابع

وهو الأحدث، وقدمه «بومرليو» Pomerlea» وزملاؤه (١٩٩٣)، وقد استمدوه من بحوث تعاطي المخدرات، والتي توضح أن التعرض المنظم لمادة مؤثرة في الحالة النفسية (مشل: النيكوتين) يؤدي إلى تكيف عصبي معها ينتج عنه تحمل أي تزايد مسعدل التعاطي وجرعته، وخلق حالة من عدم التوازن Disequilibrium نتيجة انسحاب المادة المؤثرة نفسيًا، ويصبح الحصول على هذه المادة هدف الفرد للتخفف من تلك الأعراض. وهكذا تكتسمل دائرة الاعتسماد، فالتعرض للنيكوتين يترتب عليه وجود نسبة منه في الدم، لا يتحقق التوازن الحيوي بدونها، فإذا انخفضت نسبة تركيز النيكوتين في الدم ظهرت أعراض الانسحاب، وتحاشيًا لذلك يصبح هدف الفرد من التدخين هو يصبح في هذه المرحلة- استمرار التدخين- بديلاً للدعم الاجتماعي الذي كان المحدد الأساسي لبدء التدخين.

ونتيجة هذا يستسمر الفرد في التدخين، ويصبح معتسمداً نفسيًا وفسي ولوجيًا على النيكوتين، هذا الاعتماد الذي ينتج في جزء منه (أي بالإضافة إلى الظروف البيئية المصاحبة للتعرض والتي ترتبط شرطيًا به) عن الحساسية الداخلية للنيكوتين، فهذه الحساسية تجعل بعض المدخنين يعايشون آثارًا سلبية للتدخين تدفعهم للحد منه، فلا يعانون من التحمل، بينما تجعل البعض الآخر لا يعاني منها، فيكون أكثر ميلاً للاستمرار في التدخين، ليس هذا فحسب، بل تجعله أيضًا يميل إما للتدخين بكثافة أو بمعدل حمفيف، ويقدم شكل (١٦) تصورًا تخطيطيًا لهذا التفسير.



شكل (١٦) علاقة التعرض للنيكوتين بالتحمل

واستنادًا إلى هذا النموذج يرى بعض الباحثين أنه إذا كان بدء التدخين يعتمد بدرجة كبيرة على المؤثرات الاجتماعية، فإن للوراثة إسهامها ليس في استمرار التدخين فحسب، وإنما في الكمية التي يدخنها المستمر (بكثافة أو بمعدل خميف) وفي القدرة على الامتناع عن التدخين، فغير المدخن لديه الاستعداد الوراثي لذلك، المتمثل في حساسية مرتفعة لأدنى تاثير سلبي يحدثه الذيكوتين وحساسية منخفضة لأي تدعيم يقدمه وتطوير بطيء (أي

الحاجة لجرعات كبيرة) للتحمل، بينما لدى المدخن استعداد حيوي يجعله أقل ت تأثرًا بآثار النيكوتين السُمية، وأكثر استجابة لمترتباته المدعمة، الأمر الذي يشير إلى وجود فروق في المستقبلات العصبية للنيكوتين مسئولة عن الفروق في الحساسية له.

ولم يلق هذا التـفسيــر دعمًا إمــبريقيّــا كافيّــا، ومازال لم يقــدم إجابة لتساؤلات مهمة مثل:

١- ما دور الفروق الفردية في الآثار الفارماكولوجية للنيكوتين؟

٢- هل هناك تفاعل دينامي محتمل بين نمط التعاطي (ومدى انتظامه)
 وتغير مستوى التحمل؟

٣- ما دور الفروق الفردية في الحساسية الداخلية للتيكوتين؟ وإلى أي
 مدى يؤثر تغير معدل التعرض للنيكوتين في هذه الفروق؟

الخلاصة

تدخين السجائر سلوك متعلم بدرجة كبيرة، ف معدل عارسته مرتفع جداً، ويكافأ بآثار فسيولوجية ونفسية واجتماعية متعددة، وهادياته الداخلية والخارجية متنوعة ومقبولة اجتماعياً وتكلفته الاقتصادية قليلة نسبياً، كما أن مترتباته السلبية غير ملحوظة ومؤجلة، عما يعمل على زيادة الاعتماد عليه، والعمود الفقري لهذا الاعتماد هو الرغبة في تنظيم الانفعالات، سواء كانت هذه الانفعالات نتيجة لضغوط نفسية واجتماعية، أو تزاوجت شرطياً مع هاديات خارجية، أو اقترنت بهاديات داخلية أو الأحاسيس الناتجة عن التغييرات في مستوى المنيكوتين في الدم، ويساعد على هذا الاعتماد تبرير الفرد المستمر له بالاعتقاد في أن الدين لم يحرمه، أو في أن المعلومات عن أضراره مبالغ فيها.



الفصلالرابع

الامتناع عن التدخين

يعد تدخين الأب، أو إحدى الشخصيات العامة الشهيرة، وكذلك الصورة التي ترسمها وسائل الإعلام للمدخنين، مشجعًا للمراهق على بدء التدخين، الذي تتم استجابة لدعوة أقرانه غالبًا، ثم يستمر في تدخين السجائر بهدف تنظيم انفعالات أما تسببها ضغوط نفسية واجتماعية، أو تزاوجت شرطيًا مع هاديات خارجية متنوعة، أو اقترنت بهاديات داخلية وأحاسيس ناتجة عن التغيرات في مستوى النيكوتين في الدم.

وفي ظل هذا الاستمرار تتضاءل تبريرات الفرد له، ويتزايد إحساسه بعدم الرضا عن نفسه، مصدره استهجان الفرد لتدخين السجائر، فمع تكرار محاولات تدخينها، يدرك مخاطرها على الصحة، ويشعر بآثارها المنفرة، فيرغب في الامتناع عنها، وتتزايد رغبته هذه حتى يترجمها إلى محاولة فعلية لكنها تفشل، فيشعر بضعف الإرادة وخيبة الأمل، ويعزو كل الصفات السلبية إلى ذاته:

وتكشف الإحصاءات الأمريكية عن رغبة أكثر من ٩٠٪ من المدخنين سواء كانوا المراهقين أو الراشدين في الامتناع عن التدخين، بل ومحاولة ذلك ٨٠٪ منهم حاولوا أكثر من مرة (١,٥ مرة في المتوسط)، ٥٣٪ منهم لم يستمر امتناعهم عن التدخين أكثر من أسبوعين، كما تكشف الإحصاءات البريطانية عن فشل أكثر من ٧٠٪ من محاولات الامتناع عن التدخين -(Biglan & Lich)

tenstein, 1984; Leventhal, et al., 1985; Lichtenstein & Brown, 1980; Lichtenstein & Glasgow, 1992; Shifman, 1993a).

وتبرر البحوث (Hall, et al., 1984; Lichtenstein, et al., 1980) أن 90% من الممتنعين عن التدخين يشعرون بسعادة بالغة نتيجة عدم التدخين، إلا أن ٨٨٪ منهم يعايشون - أثناء فترة الامتناع - رغبة شديدة في معاودة التدخين (توقان)، وتزداد هذه الرغبة شدة أثناء التواجد مع المدخنين وعند تناول الطعام أو احتساء القهوة، أو مشاهدة التلفاز، أو انتظار شيء ما، مما يبعل من هذه المواقف أهم أسباب معاودة التدخين بعد امتناع عنه، فنادرا ما يعلوده الممتنع أثناء العمل، أو حينما يكون بمفرده، وإنما في وجود آخرين في يعاوده الممتنع أثناء العمل، أو حينما يكون بمفرده، وإنما في وجود آخرين في المهاودين، الخيات، الذين قدموا السيجارة الأولى بعد الامتناع، كما ذكر ٧٠٪ من المعاودين، وذكر ٨٠٪ من المعاودين أنهم دخنوا السيجارة الأولى هذه في حالة من الاسترخاء، ذكر ٤٣٪ منهم أن طعمها كان سيئا، وأن الذب

وإزاء هذه الصورة يتبلور أكثر من هدف لجهود مكافحة تدخين السجائر من خلال مساعدة المدخنين على الامتناع عنه، وتتمثل هذه الأهداف في:

١- تنشيط دافعية غير الراغبين في الامتناع- عملى الرغم من قلتهم-وحثهم على ذلك، من خلال ترسيخ اتجاه مضاد للتدخين مرتبط بزيادة اهتمام المدخن بصحته.

٢- مساعدة الراغبين في الاستناع على نجاح امتناعهم من خلال برامج
 تعديل سلوك التدخين، والتغلب على الآلام الناتجة عن أعراض الانسحاب.

٣- فإذا نجحت مساعدة المدخن على الامتناع عن التدخين، لكن احتمال عودته إليه قمائمًا وكبيرًا، فإن الهدف هو الحيلولة دون هذه العودة

بواسطة أساليب الوقاية من الانتكاس Relapse Prevention. والتي تبرز أهميتها في ضوء معدلات الانتكاس المرتفعة والتي تتجاوز Λ .)؛ إذ تكشف التقديرات أن ما بين $1 \cdot e \cdot Y$. فقط- ينجمون في محاولة الامتناع عن التدخين خلال متابعة لمدة سنة (Sue, et al., 1999).

وقد شهدت العقود الثلاثة الماضية محاولات حششة لتحقيق هذه الأهداف؛ إذ بدأ الاهتمام بتعديل سلوك التدخين في الستينيات (*)، وحينذاك استعان المعالجون في عياداتهم بأساليب علاجية تقليدية لمساعدة قاصديهم على الامتناع عن التدخين، منهما: العلاج بالتنويم، والعقاقير التي تعمد بدائل «للنيكوتين» للتغلب على آلام أعراض الانسحاب- مثل «لوبلين» Lobeline الذي استخدم في أمريكا وكوبنهاجن منذ أواخر الستينيات، و«التابكس» Tabex^(**) الذي استـخدم في ألمانيا وبولندا وبلغـاريا– وغالبًا مــا لجأ هؤلاء المعالجون إلى تغيير معتقدات قاصديهم عن التدخين وإثارة دافعيتهم للامتناع عنه وزيادتها أثناء المعالجة بهذه الأساليب، وتكشف البحوث التي أجريت في الستينيات عن معدلات امتناع قصيرة المدى (ما بين أسبوعين وشهر) تمليها معدلات انتكاس مرتفعة أيضًا، ولكن مع الاستعانة بوســائل الضبط المنهجي في السبعينيات فلم تكشف البحوث عن مزية للاستعانة بهذه الأساليب بالمقارنة بالمجمسوعات الضابطة أي الذين لمم يتعرضوا لأية معالجة لعادعا (Leventhal & Cleary, 1980' Pechacek, 1979; Schwartz, 1977). إلى تطوير أساليب أخرى- ويعرض جدول (٢) بداية ظهورها - تمثلت 'في:

 ⁽ه) يمكن أن تمثل بحوث تقويم أساليب تعديل سلوك التدخين مؤشراً لتزايد الاهتمام بتحقيق هذه الأهداف خلال
 تلك الفترة، فقد زادت هذه البحوث من بضع دواسات لا تتجاوز عدد أصابع اليد الواحدة سنة ١٩٦٥ إلى ما
 يزيد على ١٩٥٠ دراسة سنة ١٩٨٩ (Shifman, 1993a) .

^(**) وكان على هيشة أقراص ، ثم استحدث عقار على هيشة سائل يضاف إلى الماء ، ويشربه المدخر بديلاً للنيكوتين .

جدول (٢) يوضح برامج مساعدة المدخنين على الامتناع للمرة الأولى (نقلاً عن Shifman, 1993a)

سلة ظهوره	البرنامــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	مسلسل
7771	العيادات الجماعية	-1
1975	الأيام الخمسة	-4
1978	الممارسة انسلبية باستخذام التدخين السريع والصدمات الكهربائية	-٣
1970	التنويم	-1
1977	النسكين المنظم (الطمأنة التدريجية)	-0
1977	التحكم الوقائي Coverant وإدارة الظروف المحتمل ارتباطها بالتدخين	-7
1978	Satiation التغمة	- Y
1971	Seymanagnent	A
1977	النيكوتين الممضوع (العلكة)	-1
1940	الإبر المسينية Acupuncture	-1.
1974	تدخين سجائر منخفضة المنيكوتين	-11
1575	برامج الوقاية من الانتكاس	-17
1982	التعرض الهاديات الشجعة للامتناع	-17
199+	أماليب التخلص من النيكرتين	-11

١- الأساليب الفسيولوجية:

سبقت الإشارة إلى أهمية تنظيم معدل «النيكوتين» في الدم كمحدد لاستمرار التدخين، باعتبار أن «للنيكوتين» قيمته كمدعم، إذ تكشف البحوث عن علاقة بينه وبين آثار معينة على حالة الفرد المزاجية، وعلى أدائه، بالإضافة إلى تأثير هذه المادة المتمثلة في إحداث اعتماد جسمي ونفسي عليها، وهو ما يعني إمكانية أن يبسر التحكم في معدل «النيكوتين» الامتناع عن التدخين، لذا نشطت برامج إحلال المنيكوتين في السنوات الأخيرة -(Lich المنيكوتين في السنوات الأخيرة -(Eich التحكم:

(أ) يتمثل الإجراء الأول في التقليل التدريجي لكمية «النيكوتين» إما من خلال تدخين سبجائر منخفضة النيكوتين Nicotine Fading أو عن طريق «مباسم» Filters (مصافي) متفاوتة القدرة على التحكم في معدلات «النيكوتين» والقطران التي تصل الرئتين، يستخدم كل منها لمدة زمنية معينة تسمح بالتخفيف التدريجي من معدل «النيكوتين».

(ب) ولأن (النيكوتين) يكسب السيجارة طعمًا محببًا للمدخنين، بالإضافة إلى أهميــته للكثير منهم، لذلك يفشل الإجراء الســابق في مساعدة المدخنين على الاستناع عن التدخين، لذا طور الباحثون السبويديون أسلومًا يتعامل مع كل من الرغبة في الامتناع والحاجة لمعدل معين من «النيكوتين» بشكل منفصل، وهو أسلوب «النيكوتين الممضوغ» أو (العلكة) Nicotine (Chewing Dum (or Nicorette) (عن طريق الفم، مما يستغرق وصوله إلى المخ ما بين ١٠، ٢٠ دقـيقــة، مقابل ٧ ثوان في حــالة التدخين) ولصــقة Patch النيكوتين (عن طريق الجلد)، مما يقلل من الضرر المترتب على «النيكوتين» ويشير استعراض البحوث التي تقوّم فعالية هذا الأسلوب إلى أنه أدى في البداية إلى نتاثج ضعيفة نسبيًا إلا أنه في الفترة الأخيرة أكثر استخدامًا من الأساليب السلوكية الأخرى (*) ، وتظهر فعاليته في إنقياص الانفعالات وبعض الجوانب الفسيولوجية المرتبطة بأعراض الانسحاب، إلا أنه لا توجد أدلة متسقة حول تأثيره في إنقاص الرغبة الملحة في التدخين، كما أن لهذا الأسلوب حدوده الطبية، إذ لا يستخدم في حالات الحمل وأمراض الدورة الدموية (Brown, et al., 1984' Lichtenstein & Brown 1980) كما أن طعمه سيئ.

^(*) وإن يفضل أن يستخدم معها حيث تشير البحوث إلى تأثير متبادل بين أسلوب النيكوتين المضوغ وأحد – أو أكثر – الأساليب السلوكية إذا استخدما معًا (Lichtenstein & Glasgow, 1992).

ثم توالى تصنيع بدائـل جديدة لتـعاطـي النيكوتين كبـخـاخ النيكوتين Spray الذي ظهر سنة ١٩٩٦، واستنشاق Inhaler النيكوتين، وقد ظهر سنة ١٩٩٨ وأدى استخدامـهما إلى نتائج مماثلة، كما أدت المزاوجـة بين أي منهما وأحد الأساليب السلوكية إلى زيادة الفعالية (www. cdc. gov).

لهذا ظهر سنة ١٩٩٢ أسلوب التخفيف من النيكوتين يوميًا، ويتم تـقليلها حيث يحـصل الفرد على جـرعة محـددة من النيكوتين يوميًا، ويتم تـقليلها تدريجــيًا وبشكل آلــي من يوم لآخـر، وبواسطة ذلك يتم التــخلص من مشكلات النيكوتين الممضوغ (Lichtensten & Glasgow, 1992).

وتكشف البحوث أن فعالية هذا الأسلوب تتزايد مع نمو فهمنا للآثار التي يحدثها النيكوتين، ومع ذلك فإن التدخل السلوكي كأساليب التنفير والتدخل النفسي الاجتماعي يحظيان بالأولوية في هذا المجال (المرجع السابق).

٢- أساليب التنفير Aversive :

وتعد توظيفًا لأسلوب المتشريط الكلاسيكي (**) ، وتهدف إلى إنقاص القيمة التدعيمية للتدخين بالمزاوجة بينه وبين منهات منفرة والتي من أكثرها استخدامًا: الصدمة الكهربائية - تخيلات سلبية - السجائر ذاتها (بتدخينها تدخينًا سريعًا متتابعًا، أو تدخينها بالمعدل المعتاد مع التركيز على الأحاسيس السلبية المصاحبة للتدخين). وتعد الصدمة الكهربائية أسهل تناولاً وأسهل تكميمًا (أي: يمكن قياسها بشكل كمي) ويمكن التحكم فيها بالمقارنة بالتخيلات السلبية.

^(\$) يقلم الفصل الثاني من الجزء الأول من كتاب ونظريات التعلم (واللي نشر بسلسلة عالم المعرفة) وصفًا مفصلاً لهذه النظرية (خازدا وكورسيني) .

ويعد التدخين السريع أكثر المنبهات المنفرة فعالية لإمكانية ممارسته في أي وقت، وأي مكان، بينما التدخين المصحوب بالتركيز على الأحاسيس السلبية أو المصحوب بصور متخيلة، فليسا فعالين، حيث لم تكشف البحوث عن فروق بين المتعرضين لهذين الأسلوبين وبين المجموعات الضابطة.

وتكشف البحوث التي أجريت فيما بين عامي ١٩٦٩ - ١٩٨٩ م عن عدد من المحاذير الأخلاقية لأساليب التنفير، إذ يتضمن مخاطرة جسيمة تحد من المحاذير الأخلاقية لأساليب التنفير من خلال التدخين السريع المتنابع، حيث يتعرض الفرد لكميات كبيرة من العناصر الكيميائية - مثل: «النيكوتين» أول أوكسيد الكربون. . . إلغ - التي تؤثر في أداء الجسم لوظائفه الحيوية، مما دعا الباحثين إلى محاولة تطوير أساليب فعالة، ولكن أقل خطورة، ومنها أن يطلب من الراغب في الامتناع وضع سيجارة غير مشتعلة في فمه فترة ما من الرقت، ولم يحظ هذا الأسلوب إلا باهتمام ضئيل على الرغم من نتائج البحوث التي تبرز عدم وجود فروق بينه وبين أسلوب التدخين السريع، فمسترى فعاليتهما متشابه، يضاف إلى المحاذير الأخلاقية هذه، وجود معدلات انتكاس مرتفعة متشابه، يضاف إلى المحاذير الأخلاقية هذه، وجود معدلات انتكاس مرتفعة للمعالجة بأساليب التنفير & Cleary, 1980 Lichtenstein & Danaher, 1976; Pechacek, 1979).

٣- أساليب التحكم الذاتي:

وتعد توظيفًا لنظرية التشريط الأدائي (أو الإجرائي Operant) (** وفي ضوئها يمكن النظر إلى التدخين كسلوك تم تعلمه بدرجة كبيرة، وتتم - أيضًا - المحافظة عليه (أو الاستمرار في إصداره) بهاديات تسبقه ومترتبات

^(@) يقدم الفصل الثالث من الجزء الأول من كتاب ونظريات التعلم (عالم المعرفة ، ٧٠) وصفًا مفصلاً لهاده النظرية زخازدا وكورسني) .

لاحقة على إصداره، وكما أسلفنا- في الفصل السابق- هناك عدد من الهاديات الداخلية الخارجية المدعمة للتدخين والتي تسبقه أو تليه.

ويمكن من خلال أساليب التحكم الذاتي أن نزيد وعي الفرد بالهدف من سلوكه، وإمكانية الاعتماد على ضروب سلوك بديلة لتحقيق ذات الهدف، بمعنى آخر يمكن أن نعلم المدخن كيفية تحديد هاديات التدخين، ثم كيفية إعادة تربيبها أو استبدالها، فعلى سبيل المثال يعد تناول وجبة هاديًا لتدخين سيجارة لدى فرد ما، ووسيلة للاسترخاء بعد هذه الوجبة، فيسمكن تعليمه أن يمشي أو يسترخي عضليًا- بواسطة أسلوب «التسكين المنظم» (*) Systematic (*)

ويمكن أن ندرب المدخن على الاستناع التدريجي من خلال المكافأة والعقاب، فنعلمه أن يحدد لنفسه مكافأة إذا تمكن من الامتناع الناجح عن التحزين لفترة معينة من الزمن يحدها لنفسه (عدة ساعات - يوم - أسبوع)، أو يحدد لنفسه عقابًا إذا فشل في تحقيق هذا الامتناع، ويصبح هذا الأسلوب أكثر فعالية إذا قام بتنفيد المكافأة والعقاب شخص غير مدخن.

أسلوب آخر للتحكم الذاتي يعتمـد على تحذير المدخن لنفسه من خلال ترديده لعبارات ومـعلومات تحثه على عدم التـدخين، وقد لا يعد هذا أسلوبًا مستقلاً، فكل المعالجات تتضـمن عناصر معرفية تسهم بشكل واضح في زيادة فعاليتها (Eiser, 1978; Leventhal & Cleary, 1980).

واستخدام أسلوب مفرد من هذه الأساليب ليس فعالاً؟ إذ لا يحدث إلا إنقاصًا قصير المدى في معدل التدخين، ويصبح هذا الإنقاص متوسط المدى . إذا أصبح الأسلوب جزءًا من برنامخ متعدد الأساليب كالمزاوجة بين أساليب

^(*) لمزيد من التفصيل عن هذا الأصلوب، انظر: عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٠ م.

التحكم الذاتي وأسلوب التنفير بالتدخين السريع، والتي أدت - كما تكشف البحوث (Best, et al, 1977) إلى معدل امتناع يزيد على ٥٠٪ لمدة سستة شهور، أو المزاوجة بينها وبين أسلوب العلاج بالتنسيه البيثي المقيد Enviromental Stmulation والذي يهدف إلى دفع الفرد إلى تغيير اتجاهه وسلوكه المحبذ للتدخين من خلال تقليل المنبهات البيئية المدعمة لهذا الاتجاه أو السلوك، وقد أدت هذه المزاوجة إلى معدل امتناع عن التدخين بلغ ٧٣٪ لمدة سنة شهور، ٥٣٪ لمدة سنة (Best & Sudfield, 1982). وتدعم ذلك دراسة أجراها مؤخرًا هينريكاس Hennrikus وزملاؤه (٢٠٠٥) حيث تتبعوا ٧٠٩٥ مريضًا أودعوا المستسشفيات، وتكشف نتائج هذه المتابعة أن الإبداع في المستشفى- كبيئة محظور فيها التدخين - يزيد معدلات الامتناع عن التدخين.

وتعد مثل هذه الأساليب قنطرة الوصل بين الأساليب الفارماك ولوجية وأساليب التفير أو بالأحرى البرامج التي تتم داخل العيادة وبين برامج الصحة العامة التي تتم في الميدان (المدارس وأماكن العمل. . . وما شابه)، وهذه الخاصية تجعل من أساليب التحكم الذاتي أكثر انتشارًا لسهولة تنفيذها، ولأنها أقل تكلفة (**) ، كما أنه يحقق نسب امتناع أعلى وأطول أمدًا؛ لأنه ينقل البرامج العيادية المركزة (**) إلى ملايين المدخنين، أضف إلى ذلك أنه بإمكان كل مدخن منهم أن يطوعه وفق احتياجاته وظروفه (Currg, 1993)).

ومع كل هذا، فإن التقويم الموضوعي لفعالية هذه الأسالسيب يواجه صعوبات منهجية عديدة أهمها مشكلات تتعلق بصدق أدواتها، وافتقاد النتائج للاتساق، كما أن الذين يستخدمون هذه الأساليب ليسوا الأفضل لتقويم هذه

^(*) فقد قد أحد الباحثين أنه يكلف المدخن الأمريكي ما بين ٣٨ - ١٠ دولارًا بينما تكلفة جلسات الامتناع في العبادات المتخصصة ما بين ٣٧٠ - ٤٤٠ دولارًا (Currg. 1993).

^(**) التي تتم أساسًا بشكل فردي أي مع مدخن مفرد.

الفعالية؛ لأنهم غالبًا من كبـار السن أو ممن يدخنون بكثافة الأكثر إدمانًا على النيكوتين والأقل ثقة بالذات مقارنة بأفراد الجمهور العام (المرجع السابق).

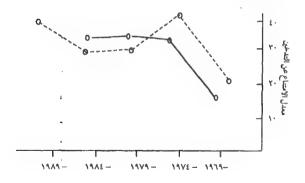
٤- التحكم في معدل التدخين،

لما كان الامتناع التام عن التدخين يمثل هدفًا غير واقعي بالنسبة لكثير من المدخنين، فإن الباحثين يسعون لمساعدتهم على إنقاص معدل استهلاكهم من السحبائر، والذي قد يؤدي على المدى البعيد إلى الامتناع، ويكون هذا الإنقاص حادًا أو تدريجيًا، أي قد ينقص المدخن - على سبيل المثال - عدد السجائر التي يدخنها من عشرين سيحبارة إلى عشر سجبائر مرة واحدة، أو يتدرج من ٢٠ إلى ١٨ إلى ١٦، وهكذا حتى يمتنع تمامًا عن التدخين، ثم إلى عدم التدخين بعد فترة من الزمن، وقد يصاحب هذا الإنقاص عائد (أو رجعة استحابة) أو معلومات يتلقاها الفرد عن معدل «النيكوتين» في الدم، وكذلك تغييرات في أوكسيد الكربون، أو لا يصحبه عائد، كما قد يكون هذا الإنقاص في عدد السجائر الذي يدخنه المزد يوميًا، أو في القدر الذي يدخنه من كل سبجارة، وتشير نتائج البحوث (Glasgow, et al, 1989) إلى فعالية نسبية للإنقاص التدريجي سواء صاحبه عائد (رجعة استجابة) أو لم يصحبه.

٥- أساليب الامتناع طويل المدى (برامج الوقاية من الانتكاس):

تكشف السحوث & Dsnaher, 1976, Lichtenstein & Glasgow, 1980; Lichtenstein & Dsnaher, 1976, Lichtenstein & Glasgow, 1976, Lichtenstein & Glasgow, 1979; Schwartz, 1977) التي أجريت فيما بين عامي ١٩٨٩، ١٩٨٩ - والتي تربو على مائتين وخمسين دراسة - عن مقدرة محدودة الأساليب تعديل سلوك التدخين والتي ذكرت آنفًا، فالتفاوت في نسب نجاحها (والتي لا تتجاوز الد ٤٠٪ خلال الستة شهور الأولى بعد التعرض الأحد - أو الأكثر هذه الأساليب، ثم تنخفض إلى ما دون الـ ٢٥٪ بعد ذلك) ليس كبيرا (انظر

شكل (١٧) ومعد لات الانتكاس- أي العودة للتدخين بعد امتناع ناتج عن ذلك التعرض- شديدة الارتفاع، كما لا يوجد فرق بين نسب نجاح تلك الأساليب وبين نسبة الممتنعين من تلقاء أنفسهم دون تعرض لأي اسلوب يساعدهم على هذا الامستناع (*) لذلك حاول الباحثون زيادة فاعلية هذه الاساليب، إما بالجمع بين أكثر من واحد منها (Shifman, 1993a) أو بإطالة صدة المتابعة (Currg, 1993) عن الفترة المعتادة في معظم الحالات، (والتي تتراوح ما بين ثلاثة وتسعة شهور)، عن طريق المكالمات التليفونية والمقابلات المنتظمة بشكل دوري والتي يتعلم من خلالها الذين امتنعوا عن التدخين كيفية تحديد كل من المواقف والحالات المزاجية التي تشجعهم على العودة إلى التدخين، ثم كيفية التعامل معها بشكل يقلل من احتمالات هذه العودة، ومع ذلك كان تأثير هذه الإجراءات ضيلاً.



⁽ع) تظهر البيامات الأمريكية أن حوالي ٩٠٪ من المذخنين السابقين ذكروا أنهم امتنعوا بمفردهم دون مساعدة من أهل الاختصاص في هذا المجال (Lichtenstein & Glasgow, 1992).

ونظرًا لأن العودة إلى التدخين بعد امتناع عنه ترتبط بمتغيرات اجتماعية (Heller, et al., 1989; Lichtenstein, et al, 1980) من الحالات (Heller, et al., 1989; Lichtenstein, et al, 1980) ولذلك اتجه الباحثون إلى التعامل مع هذه المتغيرات (مثل: الانتماء لجماعة معينة - وجود شخص ما يمكن الاقتداء به . . . إلخ) لزيادة دافعية الفرد إلى عمم التدخين، أو لتدخيف تأثير الضغوط المشجعة للعودة إلى التدخين بعد امتناع عنه .

ويتم التعامل من خلال ما يلي:

(أ) التدخل مع مرضى المستشفيات:

يمكن الاستفادة من تواجد المرضى بالمستشفيات للعلاج من أمراض بدنية أو نفسية، وذلك يجعل المدخنين من هؤلاء المرضى يمتنعون عن التدخين أثناء فترة تواجدهم بالمستشفى، ومساعدتهم على أن يظلوا ممتنعين عنه بعد ذلك. وهذا المجال رغم حيويته أهمل طويلاً فلم يسهتم به إلا عدد قليل من الباحثين أواسط الثمانينيات.

وتتمشل أهمية هذا المجال في أن المرضى، والمدخنين منهم بكشافة على وجه الخصوص، يعاودون (*) التواجد بالمستشفى لإصاباتهم المتكررة بأمراض الجهازين التنفسي والدوري وغيرهما، مما يزيد فرص التدخل لمساعدتهم على الامتنساع عن التدخين، خاصة وأن سياق التواجد بالمستشفى اللحظة التي مبررات منطقية لهذا الامتناع، كما يمثل التواجد بالمستشفى اللحظة التي تنخفض فيها الرغبة في التدخين إلى أدنى مستوى، وفي الوقت نفسه ترتفع فيها الحساسية لأضرار التدخين إلى أعلى درجة، كما تكون الرغبة في الامتناع عنه في مستواها الأمشل. فالبحوث التي أجريت بمشاركة مرضى أودعوا

^(*) فعلى سبيل المذال تظهر الإحصاءات الأمريكية أن ٣٥ مليون أمريكي يودعون المستشفى لفترات قصيرة كل عام (Orlems, et al, 1993).

المستشفى تكشف عن معدلات امتناع أثناء التواجد تصل إلى ٧٠٪، وتصبح ما بين ٣٠ - ٢٥٪ بعد عام من المستشفى ٢٠ - ٢٥٪ بعد عام من الامتناع (Orleans, et al., 1993).

ومن المتوقع تزايد هذه المعدلات نتيجة نصح الأطباء والعاملين والزوار والمرضى الآخرين، ومن الممكن تخطيط هذا السنصح بحيث يحسبح تدخسلاً منتظمًا قابلاً للملاحظة والتقويم، ولتحقيق ذلك يجب أن نراعي ما يلي:

- الحزم في منع التدخين بالمستشفى، فلا ينبغي لأي فرد، هـهما كان
 موقعه أن يدخر.
- أن يعمل كل فرد بالمستشفى على توفير هاديات الاستناع وتعريض المرضى لها.
- الاستعانة بمعالجة دواثية أو سلوكية تساعد المستنعين على تجاوز فترة أعراض الانسحاب، ويفه ضل أن تكون هذه المعالجة جزءاً من برنامج
 متعدد الكونات.
 - تقديم علاج للإدمان على النيكوتين إذا اقتضى الأمر ذلك.
- استـمرار المتـابعة بعــد الخروج من المسـتشــفى بما يحقق الوقــاية من
 الانتكاس. (المرجم السابق).

ويمكن تدريب الأطباء وبقية العاملين بالمستشفى على القيام بمثل هذا التدخل، كما يمكن توظيف أسلوب زيادة الإحساس بفعالية الذات - كمما قدمه «باندورا»- كوسيط لإحداث تغيير في سلوك التدخين.

(ب) التدخل في مؤسسات العمل:

وزاد الاهتمام به في العقد الأخـير، وذلك لإمكانية الوصول من خلاله إلى عدد كبيــر من المدخنين الذين لا يلتفتون- بسبب إما عــدم المعرفة أو عدم الاستطاعة المالية – للبرامج المقدمة في العـيادة، وأيضًا لإمكانية الاستفادة من كل من:

- ظروف العمل التي تحظر التدخين أثناءه.
- البناء التنظيمي الذي يتيح لبعض الأفراد التحكم في سلوك الآخرين
 من خلال التحكم في الإثابة والعقاب.
- التفاعل بين زملاء العمل الذي ينشط الدافعية للامتناع ويقدم المساندة
 للمدخن الممتنع.

ويشير عسرض نتائج عشرين دراسة لتــقبيـم هذا التدخل إلى أنه حــقق معدلات امتناع طويل المدى يصل متوسطها إلى ۲۱٪ (Lichtenstein & Glosgow, 1992) .

(ج) المسائدة الاجتماعية Social Support :

الذي ظهر في السبعينيات على أساس القول بأن المتغيرات الاجتماعية والبيئية محمددات أساسية لعدد من الاضطرابات الجسمية والنفسية (ومنها الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب والسجائر من بين هذه المواد) وبالتالي يمكن للعلاقات الشخصية أن تحمي الفرد من كثير من المخاطر الصحية ويرى عدد من الباحثين في معجال علم النفس أن هذا الأسلوب خطوة أولى نحو فهم الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في تعديل السلوك، إما بشكل مباشر من خلال إيجاد الدافعية التي يتطلبها التغيير، ومن خلال عمليات ماتأثير الاجتماعي (مثل: الاقتداء)، أو بشكل غير مباشر من خلال التأثير في متغيرات تؤثر في السلوك المرغوب(*)

⁽⁺⁾ للتحرف على هذا الأسسلوب والأساس النظسري الذي يستند إليه. انظر (Heller, et al, 1986; . (\$ Kamrack & Lichtenstein, 1965, Mermelstein, et al, 1986)

وتعد البحوث التي تقوم هذا الأسلوب محدودة جداً، ونتائجها غير مسقة يرجع ذلك لأسباب عدة، منها: اقتصار تعامل أغلب هذه البحوث مع المساندة الاجتماعية في ضوء بنائها (مثل: العضوية في جماعة ما) أكثر من التعامل مع وظيفتها، وكون أنساق هذه المساندة مصطنعة بدرجة كبيرة لا تناسب ضروب السلوك اليومية المعتادة لمعظم الأفراد، بالإضافة إلى ضيق الوقت الذي يستغرقه التعرض لبرنامج المساندة الاجتماعية لمنع التدخين بالمقارنة بالبيئة الاجتماعية الطبيعية التي يحدث فيها التدخين (السلوك المطلوب تغييره)، يضاف إلى ذلك عدم النظرة إلى تغيير سلوك التدخين في إطار غوذج متعدد المراحل، يتم التدرج فيه من مرحلة الأخرى حتى يمكن تحقيق الهدف وهو الامتناع طويل المدى نتيجة التعرض له. فهذا النموذج يتعامل مع عملية الامتناع باعتبار أنها تشمل عدة مراحل قابلة للتحديد وهي:

ما قبل المحاولة حيث لا يوجد تفكير في الامتناع - والتفكير الجاد في الامتناع خدلال الأشهر القادمة والتوقف الفعلي عن التدخين أو النية لذلك خلال شهر- والمحافظة على الامتناع لمدة سبة أشهر، ولكل مرحلة منها متطلبات التدخل الملائمة.

٦- برامج الصحة العامة:

يعاب على الأساليب المشار إليها سلفًا تكلفتها الاقتصادية المرتفعة الناتجة عن التركيز على فرد واحد معتمداً على نموذج «الطبيب - المريض» الذي يتم من خلال علاقة مواجهة حيث يتم تعريض المدخن لإجراءات مكثفة تختلف باختلاف الأساس النظري لكل معالج، عما أدى إلى ابتعاد أكثر من ثلثي - كما تكشف البحوث الراغبين في الامتناع عن التدخين عن الانضمام لجلسات منع التدخين من خلال أحد تلك الأساليب، لذلك لجأ الباحثون إلى تعريف المدخن بأساليب يمكنه التعامل معها بمفرده دون الحاجة لمعالج متخصص أو للانضمام إلى برنامج معين، وتتمثل هذه الأساليب في:

(أ) طبع الأساليب الخمسة السالف ذكرها في كـتيبات أو تسجيلها على أشرطة (كـاسيت) يمكن للمدخن الراغـب في الامتناع أن يقرأها (أو يسـتمع إليها) وقتما شاء وأينما شاء، ولا توجد بحوث تقوم هذا الإجراء.

(ب) أسلوب آخر، يتمثل في تقديم تلك الأساليب المقننة من خلال تخاطب بالمواجهة يستهدف جماعة بعينها، توضع خصال أفرادها في الحسبان، وتكشف نتائج البحوث عن فعالية نسبية لهذا التقديم، لكنها أقل كثيراً من فعالية تقديم تلك الأساليب بشكل فردي وفق نموذج «الطبيب المريض) ويرجع ذلك إلى الاختلاف بين الموقفين: موقف العلاج في العيادة وموقف التخاطب بالمواجهة، والتأثير الناتج عن تفاعل خصائص المضمون مع خصائص سياق كل من الموقفين.

ويعد برنامج الخمسة أيام (بواقع جلسة يومية تستغرق ما بين ساعة ونصف الساعة وساعتين) أكثر برامج هذا الأسلوب شهرة والذي ذاع صيته منذ أواخر الستينيات، وهو برنامج يركز على تغيير الاتجاهات والمعتقدات المحبذة للتدخين والمتعلقة بآثاره الانسحابية.

وتتمثل خطلوات هذا البرنامج في أن يسقرر الفرد تحديد يوم يقوم فسيه بالامتناع عن التدخين، ويهيئ نفسه لاستقبال هذا اليوم وبشكل متدرج على مدى خمسة أيام تسبقه كما يلي:

- * اليوم الخامس قبل يوم الامتناع:
- فكر في دواعي امتناعك عن التدخين.
- أخبر أقاربك وأصدقاءك بموعدك هذا.
 - توقف عن شراء السجائر.
 - * اليوم الرابع قبل يوم الامتناع:

- انتبه: متى تدخن، ولماذًا؟
- فكر في شيء تضعه بين أصابعك بديلاً للسجائر.
- فكر في عاداتك المرتبطة بالتدخين وينبغي تغييرها.
 - * اليوم الثالث قبل يوم الامتناع:
- فكر فيما تنفق المال الذي كان مخصصًا لشراء السجائر.
 - فكر فيمن تلجأ إليه عندما تحتاج المساعدة.
 - * اليوم الثاني قبل يوم الامتناع:
- يمكنك شراء بديلات النيكوتين، أو استشارة الطبيب في ذلك.
 - * اليوم السابق مباشرة على يوم الامتناع:
 - تخلص من السجائر والثقاب.
 - نظف ملابسك من رائحة تدخين السجائر.
 - * يوم الامتناع عن التدخين:
 - احرص أن تكون مشغولاً جدًا هذا اليوم.
- ذكِّر أقاربك وأصدقاءك بأن هذا هو يوم بدء الامتناع عن التدخين.
 - تلق معالجة أو افعل شيئًا ذا خصوصية.
- * أنت الآن حر من التدخين، وإذا حدث وصاودت التدخين، حدد موعداً جديداً، وأعد الكرة مع الاستعانة بمجموعة تساندك في ظل تناول أكل صحى وممارسة تمارين رياضية .

(www. Surgeongeneral. gov. Tobacco/ 5 day book)

ويصعب الاعـــتمــاد على نتائج هذا البــرنامج لعدم إمكانيـــة المقارنة بين المتعرضين له والمجموعات الضابطة، كما أن معدلات الامتناع تستند إلى تقرير ذاتي (أي أن يذكر الفرد أنه قد امتنع) من المستنعين، وهذا التقرير مشكوك فيه. وقد قدم هذا البرنامج في مصر خالال شهر نوفمبر عام ١٩٨٦ حينما زارها «أرتوا شميث» رئيس جمعية الاعتدال الدولية لمكافحة المسكرات والتدخين.

(ج) بث حملات تدعو - من خلال وسائل الإعلام وخصوصًا التليفزيون - إلى الاستناع عن تدخين السجائر بعرض متكرر لرسائل مضادة للتدخين تنضمن معلومات تصف مدى خطورته، وتبين أسبابه ومترتباته، وتصف أيضًا - كيفية تجنيه، ويثم التعبير عنها بنبرة انفعالية لا تخلو من حقائق أو أدلة واقعية تبرز الآثار المترتبة على عدم تبني توصيات هذه الرسائل. وكلما تضمنت هذه الحملات تخويقًا شديدًا من أضرار التدخين، كلما كانت فعالة، فبعد ثلاثة شهور من التعرض لها أدى المستوى المرتفع من التهديد إلى معدل امتناع ٢٢٪ في مقابل ٧٪ للمستوى المنخفض ٨٨٨٪ في مقابل صفر بعد سنة من هذا التعرض.

وتبرز البحوث أن هذه الفعالية للمستوى المرتفع تتمثل في:

- سرعة تأثر الأفراد بالتهديد المتضمن في الرسالة.
- اتجاه ونية سلبية نحو موضوع التهديد (تدخين السجائر).
- اتجاه ونية إيجابية نحو الفعل الذي يخفض مستوى الحوف (الامتناع عن التدخين).

أي أن الرسائل الأكثر تهديداً (ذات إلمستوى المرتفع من الخوف المستثار) تستثير بالمقارنة بالرسائل الأقل تسهديداً عدداً من الطروف النفسية المضرورية لإنقاص معدل إصدار السلوك الخطر (التدخين)، ومع ذلك يذكر الأفراد تأثيراً في معتقداتهم ونياتهم للفعل في المستقبل، ولا يبدون هذا التأثير فيما يفعلونه الآن فعلاً.

لذلك يوصي الباحثون بضرورة أن تركز الرسالة على السلوك غيسر المرغوب (عدم التدخين) وعلى الأفعال المقصّلة التي تمكن الفرد من تنظيم الظروف الخارجية المشجعة على التدخين للتحكم في سلوك التدخين فالبحوث تبين أن من تلقوا رسائل تبرز هذه الأفعال قد أظهروا إنقاصًا واضحًا في معدلات تدخينهم أثناء تتبعهم لمدة ثلاثة شهور، وكان تقديم هذه الافعال بمفردها - دون إثارة الخوف غير فعال، وهو ما يؤكد حاجة هذه الحملات الإعلامية إلى برامج توعية ذات مضمون عيائي وليس من خلال مفاهيم مجردة - يوضح متى وكيف يكون الامتناع عن التدخين.

ويعد افتقار الحملات التي تبنتها وسائل الإعلام في الفترة الماضية إلى مثل هذا المضمون أحد أسباب فعاليتها المحدودة، ويمضاف إليه احتلاف الاستجابة لهذه الحملات باختلاف المتغيرات التي قد يتضمنها موقف الاستمالة Persuasion وهو موقف شديد التعقيد يتسم بالتفاعل المتبادل بين متغيراته، مما يستوجب أن يوضع في الحسبان عدداً كبيراً من متغيرات المصدر ورسالته ومن يتلقاها والسياق الذي تقدم فيه (هـ).

(د) اتباع عادات صحية:

تكشف دراسات عدة أن هناك علاقة سلبية بين التدخين والسلوك الغذائي غير الغذائي والحسركي؟ إذ يقترن معدل التدخين المرتفع بسلوك غذائي غير صحي (من حيث كمية الوجبة وتكسرارها) وبممارسة أقل لسمارين رياضية (Wilson; Smith; Speizer, et al, 2004).

وفي هذا الصدد يقول «لينس بولنج» - أستاذ كيمياء أمريكي- أن أفضل وسيلة للإقسلاع عن التدخين هي أن يتناول المدخن برتقالــة كلما شعر برغــة

 ⁽ع) قدم كل من: عبد المنعم شحاتة (۱۹۸۸) و ۱۹۹۸ و ۱۹۹۰ و رماكجراير (McGuire و ۱۹۸۵) عسرسًا لهـ لـ ه
 المتغيرات، والتفاعل بينها وبين آثار خوف التنقي والتفسيرات للقدمة لفعالية هده الآثار.

ملحة في التدخين. ففي تجربة تبين منها أن تناول البرتقال بانتظام لمدة ثلاثة أسابيع يساعد على الإقسلاع فقد أقلع فعلاً ٢٠٪ من المشاركين في التجربة وخسفض ٧٩٪ منهم عدد السجائر المدخنة يوميًا. (مجلمة نصف الدنيا، ع.٧٧٧ في ٢/١/٥٠٠ ص ص ١٣٦ – ١٣٧).

تقويم أساليب الامتناع السابقة:

خلاصة القول أن علماء النفس حاولوا توظيف بعض نظريات التعلم (مثل: التسريط الكلاسيكي والتشريط الأداثي. . . إلخ) في تطوير أساليب تحكنهم من مساعدة المدخنين على الاستناع عن التدخين. ومع إن نشائج البحوث تكشف عن تناقص واضح في معدلات التدخين أثناء التعرض لهذه الأساليب، إلا أنها تكشف أيضًا عن معدلات انتكاس مرتفعة نسبيًا؛ إذ تنجح هذه الأساليب في مساعدة المدخنين على الامتناع، لكنها تفشل في مساعدتهم على استمرار امتناعهم، كما لا توجد فروق ملحوظة بين البرامج المختلفة في معدلات الاستناع أو الانتكاس هذه ، على الرغم من الاختلاف بين تلك معدلات الامتناع أو الانتكاس هذه ، على الرغم من الاختلاف بين تلك الأساليب وكما سبق التوضيح - في المبادئ النظرية، وإجراءات الأداء.

ومن أهم أسباب الفعالية المحدودة لهذه الأساليب:

أولاً: إغفى الها عدداً من المتغيرات والعمليات النفسية الاجتماعية، خصوصاً القيم والمعايير الاجتماعية، المعقدة التي تتوسط بين التعرض لأحد- أو أكثر - هذه الأساليب والاستجابة لها، فمثلاً لم يوجه الانتباه إلى دور متغيرات مثل العمر والتعليم والنوع . . . إلخ في معدلات الانتكاس المرتفعة وسريعة الظهور، أو حتى في مدى إكسال المدخنين، أو عدم إكسالهم، التعرض لأحد - أو أكثر - هذه الأساليب (Leventhal, et al., 1985).

ثانيًا: لم تضع هذه الأساليب في حسبانها الفروق الفردية بين المدخنين في درجة الاعماد على «النيكوتين» مثلاً أو في تحديد- قدر الإمكان- دلالات

التدخين ومعناه والوظائف التي يقدمها لكل مدخن، وخصوصًا وأن معلوماتنا عنها ضئيلة وذات طبيعة ارتباطية غالبًا، كما أن القليل من الانتباه يوجه للدراسة الآليات الأساسية – الاجتماعية والنفسية والفسيولوجية – التي تجعل من الشخص غير المدخن منتظمًا في التدخين والتي تسهم في فشل محاولاته للامتناع (Hirschman, et al, 1984).

ثالثًا: تركز الأساليب السابق الإشارة إلىيها على أضرار التدخين، دون أن تبرز فوائد صدم التدخين، على الرغم من أهمية ذلك؛ إذ تؤكد البحوث (Leventhal & Cleary, 1980) أن الأفراد لا يتخذون قراراً بالامتناع عن التدخين خوفًا من مترتباته فحسب، بل أيضًا - لتوقعاتهم المتزايدة بمزايا عدم التدخين.

وابعًا: أضف إلى ذلك صعوبة منهجية تواجه بحوث تقويم فعالية أساليب تعديل سلوك التدخين، تتضح في صعوبة التحقق من صدق هذه الفاعلية، فأسلوب التقرير الذاتي (أي أن يذكر الفرد إنه قد امتنع) مشكوك فيه، لذا يتطلب الأمر الاستعانة بمؤشرات فسيولوجية تتمثل في إجراء تحليل دوري منتظم للزفير وللبول (كل ١٢ ساعة؛ إذ يختفي «النيكوتين» من بول المدحن بعد مرور اثنتي عشرة ساعة على تدخين آخر سيجارة) وللدم (كل ٣٠ ساعة) (Jarvik 1979)، كما توجد صعوبات منهجية أخرى تتمثل في عدم انتظام المتابعة وعدم تصنيف الممتنعين حسب نوع التبغ (المنتج) ومدة الامتناع والدافعية له (Licktenstein & Glasgow, 1980).

خامساً: وأخيراً تؤكد البحوث (Pechacek, 1979) أن ثلث الراغبين في الامتناع عن التدخين هم الذين ينضمون لبرامج منع التدخين (فردية كانت أو جماعية)، وأن بعضهم لا يكتمل تعرضهم للبرنامج الذي اختاروه، إذ ينصرفون عنه قبل إتمامه، وهو ما يدعو إلى إجراء بحوث تحدد أي الاساليب

أكثـر جاذبية للراغـبين في الامتناع عن التــدخين، ثم طبع الأساليب الاكــثر جاذبية في كتبيات أو تقديمها عبر وسائل الإعلام المسموعة والمرئية بشكل يتيح لهؤلاء الراغبين تعلم خبرة الامتناع.

ومع كل ما سبق، مازالت الحاجة ماسة لبرامج تعديل سلوك التدخين حيث لازال هناك:

 (أ) نسبة لا يُستسهان بها من المدخنين بكثافة والمعستمدين على النيكوتين يحتاجون لتدخل مركز.

(ب) مازال المنحى العيادي في تعديل سلوك التدخين يقدم نفسه باعتباره يتصف بالتوجه العلمي المنظم (Shifman, 1993).

(ج) يمكن زيادة فعالية هذا المنحى بتخصيق التكامل بينه وبين منحى الصحة العامة، وتوظيف التفاعل بين عناصر المنحيين لزيادة فعالية التدخل لمنع التدخين. أضف إلى ذلك إمكانية زيادة هذه الفعالية بواسطة استخدام أدوات فحص صادقة قابلة للتطور، وتحقيق فهم أفضل للمجالات الأساسية التي نستعير منها برامج التدخل (المرجم نفسه).



الفصل الخامس

الوقاية من بدء التدخين

أهمية الوقاية من بدء التدخين،

منذ اكتشاف علاقة تدخين السجائر بالعديد من الأمراض صعبة العلاج مثل السرطان وأمراض القلب، تتزايد الرغبة في الامتناع عنه، ليس كوسيلة للحد من انتشار هذه الأمراض فحسب، وإنما - أيضًا - للتنقليل من مصادر تلوث البيئة الذي يهدد الحياة على الكرة الأرضية.

ولتحقيق هذه الرغبة، سعى علماء النفس إلى تصميم وتطوير أساليب تمكنهم من التحكم في سلوك تدخين السجائر، وتركز هدفهم - في البداية- في إعداد براميج تدخل فردي Interventions تساعد المدخنين على الامتناع تمامًا عن التدخين، وأدى فشل هذه البرامج في تحقيق الامتناع طويل المدى إلى تزايد الاهتمام بالوقاية من بدء التدخين، وضرورة تصميم وتطوير برامج تحقق هذه الوقاية؛ لأن الوقاية من الخطر (أي: محاولة منع وقوعه) أفضل كثيرًا من محاولة إنقاصه إذا وقع وإن وقاية الصغار أكثر فعالية من وقاية الكبار.

ويتم الاهتمام بالوقاية من بدء التدخين في إطار تطور جديد في علم النفس، حيث أدى فشل نحاذج السدخل الفردي (مثل: العلاج السلوكي وتعديل السلوك) في تخفيض حدة مشكلات الصحة العقلية إلى ضرورة نقل حلبة التدخل من مستوى الفرد إلى مستوى المجتمع بتطوير برامج تسعى لتقليل معدل الإصابة بالاضطرابات المختلفة (هند طه، ١٩٨٨)

(1987) ويشكل هذا الاهتمام أحدث فرع في علم النفس المعاصر، يسمى علم نفس الصحة Health Psychology أو طب السلوك -Behavionr Med icine وهو فرع يهتم بدراسة نمطين من السلوك، ومحددات كل منهما:

النمط الأول: هو ضروب كل من السلوك الصحي والسلوك الخطر أو الأفعال التي تقي من المرض أو تسببه، مثل تناول وجبة متوازنة، والبحث عن الرحاية الطبية، وتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب كالسجائر والمخدرات...إلخ.

النمط الشاني من السلوك: هو كيفية التعايش مع المرض، مثل الاستجابة الانفعالية المترتبة على التشخيص، أو اختيار العلاج الطبي المناسب، أو تعلم وممارسة العادات الصحية التي تجعل الحياة خالية من المرض (Leventhal, 1986).

وتعد الوقاية أهم مجالات الفرع الوليد، وتمت استعارة هذا المهوم من ميدان الصحة العامة في السبعينيات، فقبل ذلك أهمل علم النفس هذا المجال على أساس أن العلاج النفسي الفردي هو الطريقة الوحيدة لمساعدة الاشخاص على التغلب على مشكلاتهم المختلفة، إلا أن نظريات الصحة العامة المعاصرة ترى عكس ذلك، فسإذا كان العلاج النفسي الفردي يستهدف مساعدة مريض بمفرده، فإن برامج الوقايسة تستهدف مجموعة من الأفراد، كما أن العلاج النفسي الفردي يتعامل مع العامل المرضي Agent فقط، بينما ترى برامج الوقاية أن المرض لا يرجع إلى هذا العامل وحده، وأغا يرجع للتفسياعل بينه وبين كسل من الشخص (بمعسقها التي يعيش فيها ومشاعره... إلخ) المبتلى به، والبيئة (الفيزيقية والاجتماعية) التي يعيش فيها هذا الشخص، وتتم الوقاية الفعالة من خلال تعديل كل واحد من هذه الخاصر الثلاثة. (Heller, et al, 1988: 174- 178; Leventhal, et al, 1985)

وتشير الوقاية إلى توظيف المعرفة العلمية - سواء كانت نظرية أو عملية - في تخطيط وتنفيذ البرامج التي تهدف إلى كل من:

١- إنقاص معـدل حدوث المرض، بإنقاص عدد الحالات الجديدة التي يمكن أن تصاب به، وتسـمى برامج الوقاية التي تسعى لتحـقيق هذا الهدف بالوقـاية الأولية، وفي ضوء ذلك، فإن البـرامج التي تسعى لمنع الفرد مـن بدء التدخين بالحيلـولة بينه وبين تدخين أية سيـجارة تدرج تحت عنوان الوقاية الأولية.

٢- تقليل أصد المرض، بمواجهته في مراحله الأولى، قبل أن ينتشر ويحدث أضراراً بالغة، وتسمى البرامج التي تسعى لتحقيق ذلك «برامج الوقاية الثانوية» وعلى هذا الأساس فإن البرامج التي تسعى إلى مساعدة الذين جربوا تدخين السسجائر على عدم تكرار محاولتهم، تندرج تحت هذا النوع من الوقاية.

٣- تقليل الأضرار التي يحدثها المرض عندما لا تنجح برامج الوقاية في مواجهة أثناء مراحله المبكرة، فتعمل على تقليل أضراره إلى أدنى درجة ممكنة وتسمى البرامج التي تسمى لذلك ببرامج الوقاية من المستوى الثالث، وتعد برامج التدخل لتعديل سلوك التدخين- والتي سبق عرضها في الفصل الرابع- من برامج هذا النوع من الوقاية.

ولأن البحوث (عبد المنعم شحاتة ۱۹۸۸، ۱۹۸۸؛ هند طه، ۱۹۸۸؛ المجبد (Biglan, et al, 1985; Evans, 1976; Fishbein, 1982) تؤكد أن الاتجاه المحبد للتدخين محدد مهم ودافع قـوي لبدء تدخين السجائر واستمراره وتبريره، ولأن الاتجاه مدخل رئيسي يمكن تعديل السلوك من خلال تغييره & (Eagly المنجاه مدخل رئيسي يمكن تعديل السلوك من خلال تغييره على (Hemmelfarb, 1978 إصدار سلوك نحـو أو ضد موضوع الاتجاه (عبدالمنعم شمحاتة، ۱۹۸۹)،

فإن تغير اتجاهات المراهقين المحبلة لتدخين السجائر، واستبدال هذه الاتجاهات بأخرى منفرة تساعدهم على رفضه ومقاومة المؤثرات المشجعة له، تعد أحدث وأهم الطرق الوقائية الأولية التي يمكن أن تقلل من أعداد الذين يقدمون على بلده التدخين، ويتوقع أن يرتبط نجاح أسلوب تغيير الاتجاه نحو التدخين بالوقاية من بدء التدخين والتي تعد أهم الطرق الفعالة لإنقاص معدل الإصابة بالعديد من الأمراض المرتبطة أو المترتبة على تدخين السجائر.

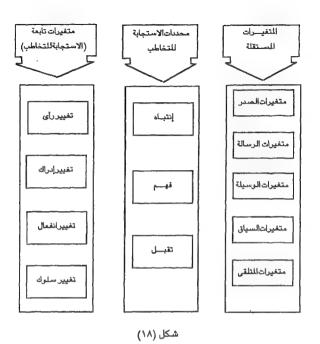
التخاطب كوسيلة للوقاية:

ويتم تغيير الاتجاه المحبذ للتدخين - أي الوقاية من بدء التدخين من حلال أساليب الاتصال (التخاطب) المختلفة، والتخاطب Communication هو عملية إرسال واستقبال معلومات وإشارات أو رسائل ورموز، يتم تبادلها بين الأشخاص بطريقة مباشرة (*) ويشمل موقف التخاطب عدة متغيرات تتفاعل فيما بينها وتتبادل التأثير، فأي تغيير بأحدها يؤدي لتنغيير في العملية ككل (**)، ويوضح الشكل (١٨) هذه المتغيرات التي يمكن تصنيفها إلى ثلاث فنات هي:

- (أ) متغيرات مستقلة أو منبهات: وتشمل متغيرات المصدر والرسالة والسياق الذي يقدم فيه التخاطب، الوسيلة التي يقدم من خلالها، والمتلقى الذي يتلقاه.
- (ب) محددات الاستجابة للتخاطب التي تشمل العمليات المعرفية الوسيطة بين تلقي السرسالة والاستجابة لها كإدراك وتقويم الرسالة وتعلم واستعادة مضمونها.

^(*) أورد هذا التمريف رنضلاً عن: English & English, 1985) الدكتور عبد اخليم محمود السيد (١٩٧٩ : ١٩٧٩) .

^(**) لمزيد من التفصيل حول هذه المتغيرات والفعالية النسبية لكل منها كما تكشف عنها نتائج البحوث، انظر: عبد المنم شحاتة، ١٩٨٥ : ٢٩ - ١٩٠ : ١٩٩٥ (McGuire, 1985) .



متغيرات موقف التفاطب

 (جـ) المتغيرات التابعة أو الاستـجابة للتخاطب أي تبني ما يدعو إليه أو مقاومته.

وتعد هذه الاستجابة دالة التـفاعل بين العوامل السـابقة - أي أ، ب-بالإضافة إلى العوامل التي لم تكتشف حتى الآن (Janis & Havland, 1959). وفي ضوء نظم معالجة المعلومات بواسطة الحاسب الآلي، عدل هذا التصنيف حتى يمكن استخدامه كإطار تصوري لوصف تأثير متخيرات التخاطب المستقلة (مدخلات) على الاستجابة للتخاطب ومحدداتها (مخرجات) والتي تمثل مراحل الاستمالة Persuasion وتشمل اثنتي عشرة عملية وسيطية هي:

الرغبة في التعرض للتخاطب والانتباه له- والاهتمام به - وفهم مضمونه- وتوليد معارف تتعلق به- واكتساب مهارات تناسبه- والاتفاق مع الموقف الاتجاهي الذي يدعو إليه- وتخزين هذا الاتفاق (أي التغير في الاتجاه) في الذاكرة- واستعادته منها- واتخاذ قرار بناء على ما تم استعادته- والفعل طبقًا لهذا القرار- والفعل بعد التمسك بالموقف الاتجاهي الجديد (McGeuire, 1985).

هذا عن متغيرات التـخاطب، أما أنواعه فيمكن التميـيز بينها في ضوء أبعاد معينة مثل:

أُ**ولاً**:من حيث تواجــد المصدر والمتلقي معًا في الزمــان والمكان وإمكانية مساهمة المتلقي مساهمة فعالة في الموقف، نجد نوعين:

- (أ) تخاطب شخصي أو مباشر أو بالمواجهة Face To Face حيث يمكن أن يساهم المتلقي مساهمة فعالة كما في: الخطابة - تعليمات مدير لعماله أو مدرب لفريقه. . . إلخ.
- (ب) تخاطب غمير مباشر، حميث لا توجد فرصة لمساهمة المتلقي في تشكيل الرسالة كالتخاطب من خملال وسائل الإعلام الجمماهيرية:
 صحافة- وإذاعة- وتليفزيون- وسينما.

ويعد النوع الأول تخاطبًا في اتجاهين مما يتبح للمتلقي فرصة المشاركة في تشكيل الرسالة، ويمكن المصدر من تلقي عائد عن فهم الجمهور لرسالته، وبالتالي يحدد مدى حاجتها لزيادة التـوضيح، وهو ما يفتقد إليه النوع الثاني الذي يعد تخاطبًا في اتجاه واحد فقط. ثانيًا: من حيث المادة الرمزية التي تكون منها مضمون التخاطب، نجد نه عن:

(أ) تخاطب لفظى . (ب) تخاطب غير لفظى.

ويعــد الكشف عن فعـالية الرســائل التي صمــمت بهدف إثـــارة خوف المتلقي أكثر مجالات البحث في ميــدان التخاطب ارتباطًا بإعداد برامج الوقاية من بدء التدخين، وتتكون هذه الرسائل من جزءين رئيسيين:

 ١- معلومات تصف مدى خطورة سلوك يصدره الفرد وتشمل هذه المعلومات أسباب إصدار هذا السلوك ومترتباته.

٢- معلومات تصف كيفية تجنب هذا السلوك الخطر، أي التوصيات
 التي تقدمها الرسالة.

ويتم التعبير عن المعلومات المتضمنة في الجزءين بنبرة انفعالية لا تخلو من حقائق أو أدلة واقعية عن الإثارة المترتبة على عدم تبني توصيات الرسالة (Leventhal, 1970).

وتكشف البحوث (*) أن مستوى الخوف المرتفع أكثر فعالية من المستوى المنخفض، وتتمثل هذه الفعالية في كل من:

 ^(*) عسوص نسائع هذه السحوث كل من. (\$87) Fishbein & Ajzen, 1975: 503; Leventhal. 1987.
 (*) عسوص نسائع هذه السحوث كل من. (\$1970; Leventhal & C'leary, 1980; Sution, 1982)

١- سرعة تأثر المبحوثين بالتهديد المتضمن في الرسالة.

٢- اتجاه ونية سلبية نحو موضوع التهديد (تدخين السجائر).

 ٣- اتجاه ونية إيجابية نحو الفعل الذي يخفض مستوى الخوف (الامتناع عزر التدخين).

أي أن الرسائل الأكثر تهديداً تستشر بالمقارنة بالرسائل الأقل تهديداً عدداً من الظروف النفسية الضرورية لإنقاص معدل إصدار السلوك الخطر، مع ذلك يظهر المبحوثون تأثيراً في معتقداتهم ونياتهم للفعل في المستقبل، ولا يبدون هذا التأثير فيما يضعلونه الآن فعلاً، لذلك يوصي الباحثون بضرورة أن تركز الرسالة على الأفعال النوعية المرغوبة (عدم التدخين)، والتي يمكن بها تجنب مترتبات الخوف المستشار والتي تمكن المتلقي من تنظيم الظروف الخارجية المشجعة على تدخين السحجائر، كما يجب أن تحدد الرسالة مدى حدوث الحدث المؤلم الذي تهدد به الرسالة إذا لم يقبل المتلقي توصياتها.

ويذكر الباحثون أن عددًا من المتغيرات يزيد من فعالية مستوى الخوف المرتفع، منها: - وضع توصيات الرسالة في نهايتها- وكون المتلقين مرتفعي الدرجة على مقياس تقدير الذات- وكون الرسالة تتناول موضوعات صحية أكثر خطورة- وكون هدف الرسالة هو تغيير اتجاه المتلقي، وليس تهيئته لمقاومة المدعاية المضادة- ومدى الوقت الفاصل بين عرض الرسالة والقياس البعدي، فكلما قصر هذا الوقت زادت الفاعلية، وذلك لتلاشي آثار الخوف بمرور الوقت.

خلاصة القول: إن البحوث تكشف عن فعالية نسبية لمنع الأفراد من إصدار سلوك خطر صحيًا (كالتدخين) عن طريق تغيير اتجاهاتهم المحبذة لهذا السلوك من خـلال التلويح بمترتباته المستـهجنة والمؤلمة، وإن هنـاك عددًا من المتغيرات تلعب دورًا معدلًا لهذه الفعـالية، وهي فعالية يرى بعض الباحثين

أنها لا ترجع إلى إثارة الخوف بقدر ما ترجع إلى عوامل أخرى (مثل: التشريط- قابلية الاتجاهات للتغير نتيجة التوقع أي تغيير عابر...إلخ). اختلفوا في تحديدها (*).

بحوث الوقاية من بدء التدخين،

وهكذا وظف تراث بحوث تغيير الاتجاه من خلال التخاطب، والمبادئ النظرية التي كشفت عنها، في وقاية المراهقين من بدء التدخين بواسطة تغيير اتجاهاتهم المحبذة للتدخين والمشجعة على بدئه واستمراره بأخرى تساعد على رفضه واستهجانه، وتكتسب هذه الوقاية أهميتها في ظل فشل برامج الامتناع عن التدخين في تحقيق أهدافها؛ إذ تظهر المراجعات لهذه البرامج أنه:

١- يرغب أغلب المدخنين في الامتناع عن التمدخين (تقدر إحدى المراجعات بـ ٨٠٪ (Sabol, et al, 1999)، ومعظمهم حاول ذلك بنفسه أو بمساعدة من هذه البرامج.

٢- تُحدث هذه البرامج التغيير في سلوك التدخين على مراحل تشمل:
 ترجمة الرغبة في الامتناع أي توقف فعلي عن التدخين ترسيخ هذا
 التوقف (الامتناع لمدة شهر) - المحافظة على استمرار الامتناع -Blan)
 (chard. 1994)

٣- فعالية هذه البرامج منخفضة، إذ معدل معاودة التدخين بعد امتناع ناتج عن تلقيها يصل إلى ٨٠٪ حتى في ظل استخدام برامج جيدة التخطيط أو حتى في حال مزاوجتها إما مع بدائل بيوكيميائية للنيكوتين، وإما النيكوتين الممضوغ (العلكة) Gum، وإما تقنية

^(*) لمزيد من التفصيل حول فعالية الرسائل المشيرة خوف المتلقى، والدور المعدل لبعض للتغيرات في هذه الفعالية، والتفسيرات النظرية المطروحة لها، انظر: عبد للنعم شحاتة، ١٩٩٥؛ ١٩٨٨: ٧٦ - ٣٧ .

إعطاء النيكوتين عن طريق الجلد Shfman, 1993) (Shfman, 1993)، ما
 يمثل فشلاً لهذه البرامج.

ويرى الباحثون أن أحد أسباب هذا الفشل هـو التأكيــد المتزايد لدور الوراثة في سلوك التدخين- ومـا يماثله من ضروب الاعتماد المخــتلفة الضارة بالصحة- فالبحوث تبرز مؤشرين لهذا الدور:

أ- يمثل أولهما أدلة تشبت أن العامل الوراثي مسئول عن تفسير ما بين ، ٥٠٪ و ٧٩٪ من تباين سلوك التدخين، وقد استمدت هذه التقديرات من دراسات أجريت بمشاركة تواثم متماثلة؛ أجرى لبعضها - وتشمل ألف زوج من هذه التواثم - تحليل التحليلات (Heath & Hadden, 1995; Lerman et al, 1999). (Metaanalysis)

ب- ويشكل المؤشر الشاني ما كشفت عنه بحوث أجريت مؤخرًا عن علاقة بين تغييرات في تركيز الدوياميين Dopamine (بسبب صبغية ناقلة تسمى 9-SLC6A3) ونقص الرغبة في التدخين، وتشير البحوث إلى مصدرين لهذه العلاقة:

١- تفاعل هذه الصبغية مع صبغية DRD2-A2؛ إذ يؤكسد تحليل الانحدار لبيانات من مدخنين (عددهم ٢٨٩ فردًا) وغير مدخنين (٣٣٣) وجود هذا التفاعل، وأنه يزيد احتمال كون الفرد غير مدخن، وإذا حاول التدخين، فإن محاولته تكون بعد سن ١٦ سنة (Lerman, et al, 1999).

٢- أن التغييرات في الدوبامين (بسبب صبغية 9-SLC6A3) ترتبط بانخفاض الميل إلى البحث عن الجديد، هذا الميل الذي يرتبط ارتفاعه ارتباطاً شديداً بالرغبة في التدخين نتيجة إدراك أن السجائر تقسدم هذا الجسديد (Sabol, et al, 1999)، لذا ينظر المدخنسون إلى النكوتين كوسسيلة للتحكم في حالتهم المزاجسية والاحتضاظ بشعور عادي، إنه وسيلتسهم للتخلص من الشعور السسيئ الذي ينتابهم بين تدخين سيجارة وأخرى (Parrott, 1999).

ويرى باحثون آخرون أن معاودة التدخين بعد امتناع عنه ترجع في المقام الأول إلى عوامل السياق النفسي الاجتماعي المحيط بالمدخن، فنادرًا ما يعاود الممتنع التدخين أثناء العمل، أو هو بمفرده، وإنما في ظل وجود آخرين اللمين يقدمون السيجارة غالبًا ويمارسون ضغوطًا لتدخينها (انظر الفصل السابق).

وأيًّا كان سبب الانتكاسة أو معاودة التدخين بعد امتناع عنه لفترة، فإنه مظهر لفشل برامج مساعدة المدخنين همذه، وأدى هذا الفشل إلى الاهتمام بالوقاية من بده التدخين.

وهكذا وظف تراث بحوث تغيير الاتجاه من خلال التخاطب، والمبادئ النظرية التي كشفت عنها، في وقاية المراهقين من بدء الشدخين وكانت بداية هذا التوظيف هي جهود متفرقة وغير منظمة قام بها أوائل سبعينيات القرن العشرين بعض المهتمين بقضايا الصحة والشربية الذين سعوا إلى تبصير المراهقين بأضرار التدخين الصحية، وقلل من قيمة هذه الجهود افتقارها للتقويم العلمي (Flay, 1985)، وفي الربع الأخير من القرن العشرين انتظمت هذه الجهود وتنامت، وفي هذا السياق نشير إلى نموذجين أحدهما: أمريكي، والأخر مصري.

أولاً: النموذج الأمريكي للوقاية من بدء التدخين:

ويعد الأكثر نجاحًا^(*) إذ كانت التقديرات لنسبة المدخنين من الشباب هي ٢٠٠١ بين اللكسور و٣٤٪ بين الإناث؛ إذ بها في مسمح أجري عام ٢٠٠١ تنخفض إلى ٢٠,٢٪ و ٢٠٧٪ على التوالي.

ومنذ سنة ١٩٧٨ تعددت برامج الوقاية من بدء التدخين ونشطت بحوثها حتى أمكن تقسيمها إلى أجيال:

١- عشل الحيل الأول البحث الرائد في هذا المجال الذي حاول فيه «إيفانز» Evans وزمالاؤه (١٩٧٨) توظيف نموذج التحصين -In oculation الذي طوره «ماكجوايز» من خلال الماثلة بين مقاومة التعرض لتخاطب معارض وتحصين الجسم ضد الأمراض بحقنه بفيروسات ضعيفة تحشه على تكوين منضادات حيوية تمكنه من مواجهة نفس الفير وسات- القوية طبعًا- إذا ما هاجمته مستقبلاً، واستخدم (إيفانز) وزملاؤه (بجامعة هيوستون - تكساس) هذا الأسلوب كاستراتيجية لتنمية مهارات المراهقين لمواجهة الضيغوط الاجتماعية والبيئية المتمثلة- في رأيهم- في وجود نماذج يقتدي بها المراهقون، (سواء كانت هذه النماذج من الآباء أو الأقران أو تقدمها وسائل الإعلام) التي تشجع المراهقين على بدء التدخين، حيث طوروا برنامجًا مكونًا من أربعة شرائط فيديو، مدة كل منها عشر دقائق، تتضمن معلومات عن مضار التدخين قبصيرة الأمد، وآثاره على الآخرين، والتشجيع الناتج عن وجود مدخنين، وكيفية مواجهة هذا التشجيع، مبرزًا مزايا عدم التدخين، ويـقوم بالتعليق على هذا

 ^(*) ولا يمثل نجاحه هذا مبررًا الاستمارته ، فلا يجوز نقل استراتيجية تنخل من مجتمع الآخر ، إذ ما ينجح هنا لا
 يحقق النتيجة نفسها هناك ، فلكل مجتمع خصائصه التي تحدد استجابة الفراده لبر نامج تدخل ما .

المضمون مراهقون غير مدخنين- من نفس سن المبحوثين- ويلي عرض كل فيلم تعرض المبحوثين لموقف تمثيل أدوار تشبه تلك التي قدمها الفيلم، فيقوم أحد المبحوثين بدور الزميل - أو الأب المدخن الذي يقتدي به الابن- الذي يعرض سيجارة على شخص آخر يقوم بدور من يرفض تشجيعه، ويعقب هذا التمثيل مناقشة مفتوحة حول مضمون الفيلم.

وتكشف البيانات التي جمعها (إيفانز) وزمالاؤه عن مستوى محدود لفعالية هذا البرنامج في منع المراهقين من بدء التدخين، فبعد عشرة أسابيع من القياس المقبلي وجدوا أن ١٠٪ من أفراد المجموعة التجريسية (ن-٨٠). يدخنون فعلاً في مقابل ١٨٪ من أفراد المجموعة الضابطة (ن=١٠٤).

7- ويبدو أن نجاج برامج الوقاية من بده التدخين يتطلب توظيقًا لمدى أوسع من المبادئ النظرية في علم النفس، وهذا ما فعله الباحثون الذين تمثل برامجهم الجيل الشاني لبحوث الوقاية من بدء التدخين مسئل: (Botvun & Eng, 1982)، فقد وظفوا مبادئ مستمدة من نظريات: التعلم الاجتماعي- والعزو Attribution والالتزام -Com- التعلم السلوكي (مثل: تمثيل الادرار Role Playing والمدعم والممارسة)، وذلك بالإضافية إلى نظرية التحصين التي وظفها الجيل الأول. وحققت برامج هذا الجيل نظرية التحصين التي وظفها الجيل الأول، وحققت برامج هذا الجيل المطلوب، وذلك لأنه لم يتدارك أوجه القصور المنهجي التي شابت بحوث الجيل الأول، والتي منها: الاعتماد على الوحدة (فصل بحوث الجيل الأول، والتي منها: الاعتماد على الوحدة (فصل تتعلق بصدق الأدوات المستخدمة لتقويم التعرض للبرنامج ووجود مشكلات تسرب Attrition مرتفعة جداً.

"- وهو ما سعت بحوث الجيل الثالث (مثل: Murray, et al, 1984) إلى تفاديه، والتي تتفوق على مثيلاتها - في الجيلين السابقين - في درجة الارتقاء المنهجي، فالظرف التجريبي الواحد تضمن وحدتين (فصلين أو مدرستين على الأقل)، حيث المقارنة بين أكثر من مضمون - للبرنامج - ممكنة، بالإضافة إلى تحقيق قدر من العشوائية في اختيار المبحوثين وتوزيعهم على وحدات التصميم التجريبي، مع ذلك فإن معدلات التسرب المرتفعة مازالت مشكلة رئيسية تقلل من قيمة نتائج بحوث هذا الجيل.

٤- ويعد الجيل الرابع من بحوث (مثل: Best, et al) الوقاية من بدء التدخين أكثرها نضجًا سواء من حيث الارتقاء المنهجي أو من حيث تعدد المبادئ النظرية التي اعتمد عليها الباحثون عند إعداد برامجهم، فبالإضافة إلى المبادئ التي تم توظيفها في الأجيال الثلاثة السابقة، فإن مبادئ اتخاذ القرار Decision Making وحل المشكلات Problem Solving قد وظفت في برامج هذا الجيل، كما استعمان بعضها بالمدرسين والآباء- بعد تدريبهم- وبالتليفزيون في تقديم مضمونها، كما تميـزت البحوث التي تقوِّمـها بارتقاء منهجي، بالمقـارنة ببحوث الأجيال الثلاثة السابقة، حيث طالت مدة المتابعة (أكثر من سنتين)، وارتفعت معاملات الصدق الداخلي للأدوات المستخدمة لتقويم آثار التعرض للبرنامج، وتعددت وحدات (١١ فصلاً أو مدرسة) الظرف التجريبي الواحد، كما تم توزيع هذه الوحدات على أساس عشوائسي، إلا أن هذه العشوائية لم تتحقق بالدرجة المرجوة، كما وجدت صعوبات في تنفيذ البرامج وفيقًا للتصميم الذي وضعه الباحثون، وواجهتهم صعوبات أخرى عند التحكم في التفاعل بين

تلقي البسرنامج وكل من الـقيــاسين الســـابق واللاحق له. كـــمـــا أن معدلات التسرب مازالت مرتفعة.

٥- ويمثل الجيل الخامس لجهود الوقاية من بدء التدخين توجها قوميا (أمريكيا) واسعًا امتد ليشمل معظم الولايات بمؤسساتها الحكومية والأهلية؛ إضافة إلى هيشات اتحادية تتكامل جهودها سواء عند تخطيط حملات الوقاية أو تنفيدها أو متابعتها، وتتسم بحوث هذا الجيل بـ:

أ- الاعتماد على معلومات واقعية متجددة مستمادة من مسوح دورية كمسح سلوك المخاطرة بين الشباب (YRBS) ويجري كل عامين لمعرفة مدى انتشار تعاطي مادة ما- كالسجائر وغيرها- بين قطاعات الشباب، وكمسح اتجاهات الأمريكيين نحو هذه المواد، ويجري كل عام (Califano, 2003)، وكتقارير Surgean العامة (مثل تقرير: المرأة والتبغ SGR, 2001). وغيرها.

بجاد سياقات جماهيرية تتسم بالاستمرارية كدعوة مركز الإدمان Casa بجامعة كمولومبيا جعل الاثنين الرابع من كل سبت مبر ابتداء من سنة ١٩٩٦ مناسبة سنوية لتناول الطعام مع الاسرة، كجمهد قومي بسيط وفعال لزيادة الارتباط الأسري وتسهيل تخاطب الأب الابن، وذلك لأن البحوث التي أجراها المركز تظهر فروقًا جوهرية بين الذين يتناولون الطعام بانتظام مع أسرهم والذين لا يتناولون في سلوكيات التعاطي حيث يدخن من مراهقي الفئة الثانية ثلاثة أضعاف من يدخن في الفئة الأولى ويتعاطى ٧٧٪ من الفئة الثانية مخدرات محظورة قانونًا مقابل ٣١٪ من مراهقي الفئة الأولى الذين يتناولون الطعام مع أسرهم، وتكشف دراسات مؤسسات علمية يتناولون الطعام مع أسرهم، وتكشف دراسات مؤسسات علمية

أخرى أن تناول الطعام وسط الأسرة يقلل احتمالات الانحراف ويرتبط إيجابيًا بتحسن الأداء الدراسي وعادات الطعام السصجية (www. casacolumbia. org).

وتشترك بحوث الأجيال الخمسة في خصائص عدة أهمها:

- ١- تشابه مضمون المعلومات المستخدمة لتغيير الاتجاه نحو التدخين،
 وتتضمن:
 - (1) معلومات عن مترتبات تدخين السجائر طويلة الأمد على الصحة.
- (ب) معلومات عن الآثار الفسيولوجية المباشرة لتدخين سيجارة واحدة مجرد سيجارة.
 - (ج) تصحيح المدركات الخاطئة الشائعة عن التدخين.
- (د) مناقشة تأثير الأسرة والأقران ووسائل الإعلام، وطرق التعامل مع هذا التأثير.
- (هـ) زيادة تقدير المراهقين (أو اللذين تعرضوا للبرنامج) لذواتهم،
 وإمدادهم بمهارات اجتماعية عامة تزيد من كفاءتهم عند مواجهة المواقف المشجعة على بدء التدخين.
- (و) تعلم مهارات سلوكية محددة لمواجهة المتغيرات المشجعة على بدء التدخين.
- ٢- استخلاص التزام عام (في التجمعات: كالنوادي والمدارس) بمنع التدخين (جعل المكان خاليًا من النيكوتين).
- ٣- تشتـمل على قياس قبلي، وآخر (أو أكـثر) بعدي يسـمح بفحص
 التغير عبر الزمن.

- 3- تشتمل على مجموعات ضابطة تسمح بالمقارنة بين مجموعات تلقت البرنامج، وأخرى لم تتلقه.
- عاول التحقق من صدق التقارير الذاتية عن مدى تدخين المبحوثين
 بالاستعانة بمؤشرات فسيولوجية تتفاوت في تنوعها ودقتها من بحث
 لآخر.

- ١- الاعتماد على تحليل واسع القبول لسلوك التدخين مستمد من مثات البحوث الواقعية التي وضحت كلاً من:
 - أ- أسباب التدخين.
 - ب- المخاطر الناتجة عنه.
 - ج- برامج إنقاص معدله.
- ۲- تكامل جهود عدة مؤسسات حكومية وأهلية (**) (اتحسادية وعلى مستوى كل ولاية) لإنقاص معدل التدخين، وقد أدى هذا التكامل والتنسيق إلى:
- أ- المحافظة على استمرارية مخاطبة جمهور عريض ونقل تصور متكامل عن مشكلة التدخين إلىه.
- ب- اتخاذ القرارات الضرورية لتطوير ممارسات مكافحة انتشار التدخين.
- (ع) فإضافة إلى عشرات المراكز والمعاهد انعلب القومية (للصحة NIH والسسوطان NCI والإدمسان -NSI والإدمسان -NSI ملك DA والإدمسان -DA ... وغيرها) العاملة في مجال مكافحة الشخين، توجد ١٧ جمعية أهلية ناشطة في هذا المجال كجمعية حقوق غير المدخنين والمجموعة للصادة الشاوت المدخنين وجماعة اوقفوا إدمان المراهقين ... وغيرها.

 ج- فتح المجال أمام مؤسسات اجتماعية للتعامل مع المشكلة ومساعدتها على امتداد عملها هذا والمحافظة على استمراريته (Biglan & Taylor, 2000).

ومع ذلك يرصد الباحشون (مثل: Banchard, 1994, Leverntal, et al, 1985) عددًا من أوجه القصور على رأسها:

ا إهمال الفروق الفردية التي تحمد مدى استحابة الأفراد لدعوتها
 الإحجام عن بدء التدخين ومن أمثلة - وليس حصراً - المتغيرات
 التي تم إهمالها:

أ- النوع، فعلى سبيل المثال تجاهلت حملات وقاية الأمريكيين من بده التدخين خصائص الإناث مثل كونهن يسخبرن البلوغ مبكراً مقارنة بالأولاد، وكونهن أكثر تعرضاً للإصابة بالاكتشاب واضطرابات الأكل، وكونهن أكثر تعرضاً لسوء المعاملة البدنية والجنسية، وكل هذا يزيد من مخاطر إقدامهن على التدخين والتعاطي، كما يتفاعل النوع مع كل من غياب الاستقرار السكني والانتقال من مرحلة تعليمية إلى أخرى، واحتمالات التحول من التدخين على سبيل التجربة إلى التدخين المنظم حيث الإناث أكثر تهيؤاً للتعاطي في هذه الحالات مقارنة بالذكور، حتى إن أسباب التدخين ودواقعه تختلف تبعاً للنوع، ومع ذلك صممت برامج الوقاية من بدء التدخين وفي ذهن واضعيها والذكور وليس الإناث (Royce; et al., 1997).

ب- العناصر الثقافية التي تشجع أو تكبح الرغبة في التدخين.

ج- درجة استهداف الجمهور للتدخين والتي تحدد كون الفرد سيكون
 مدخنًا أم لا، وإذا كان مدخنًا فهل سيدخن بكنافة أم لا؟

د- العمليات المعرفية التي يؤكد منظرو تغيير الاتجاه - على اختلاف توجهاتهم النظرية - أهميتها كوسائط بين التعرض لمخاطبة وتغيير الاتجاه نتيجة هذا التعرض، ومع اعتماد برامج الوقاية من بدء التدخين على مبادئ الاستمالة بالمخاطبة، إلا أنها تجاهلت العمليات المعرفية أثناء تلقي الاستمالة.

فإن إهمال هذه المتغيرات - وغيرها - عند تصميم برامج الوقاية من بدء التدخين وتنف يذها يزيد من احتمال اختلاط تأثيـر هذه البرامج مع آثار تلك المتغيرات.

Y- استخدام البحوث التي تحاول تقويم برامج الوقاية من بده التدخين تصميمات تجريبية غير ملائمة مثل استخدام تلاميذ إحدى المدارس - ككل مجموعة تجريبية، تتم مقارنتها بتلاميذ مدرسة أخرى، كمجموعة ضابطة بما يسمح باختلاط أثر السياق، ومعايير الجماعة المدرسية مع تأثير البرنامج موضوع التقويم، مع أن الأفضل هو المقارنة بين فصول من مدرسة واحدة.

٣- يضاف إلى ذلك وجود معدلات تسرب مرتفعة نسبيًا، تؤثر بدرجة كبيرة في نتاتج المتابعة طويلة الأصد بشكل يجعل هذه المتابعة بلا معنى أحيانًا، حيث يشير بعض الباحثين إلى أن معدلات تسرب المدخنين (أو المعايشين للتدخين كأبناء وأقران المدخنين. . . إلخ) أعلى من معدلات تسرب غير المدخنين (أو غير المعايشين)، ومع أن تحديد أسباب هذا التسرب يساعد كثيرًا على إنقاص معدلاته، فإن الباحثين لم ينتهوا لأهمية هذا التحديد.

٤- ومع سعي البسرامج السابقة إلى تغيير الاتجاهات المحبــذة للتدخين
 كخطوة سبابقة أو مصاحــبة للامتناع عن بدء التدخين، فــإن بحوث

تقويم هذه البرامج قد اكتفت برصد مدى التغيير في هذا الاتجاه دون توظيف التراث الضخم لنظريات تغيير الاتجاه من خلال التخاطب في تصميم وتنفيذ تلك البرامج أو في تحديد الظروف المسئولة عن حدوث (أو عدم حدوث) هذا التغيير، مثال ذلك: أنه مع تعدد مكونات البرنامج الوقائي من بدء التدخين فإنه لم يستفد من بحوث ترتيب عرض الحجج المتضمنة في الرسالة الواحدة في اختيار المكونات الأكثر فعالية، وأدى إهمال دراسة هذا المتغير (ترتيب العرض) إلى إهمال دراسة التفاعل المحتمل بينه وبين عدد من متغيرات موقف التخاطب، حيث تشير البحوث إلى وجود تفاعل مين ترتيب عرض الحجج داخل الرسالة وبين متغيرات أخرى في موقف التخاطب (مثل: موضوع الرسالة- ودرجة تعقيدها- ومصداقية مصدرها....إلخ) ويؤثر هذا التضاعل في فعالية التخاطب، وبالتالي فعالية برنامج الوقاية من بدء التدخين.

ثانيًا؛ النموذج المصري في الوقاية من بدء التدخين،

ولأن تدخين السجائر ظاهرة اجتماعية، أي تحدث في سياق اجتماعي له معاييره وقيمه التي تحدد معنى التدخين ودلالته، فمن الضروري إجراء دراسات محلية لاختيار مضمون برامج الوقاية من بدئه وتوقيت عرضها والجمهور الذي تستهدفه، ومع ذلك لا يلقى هذا الأمر اهتمامًا يُذكر من جهات قومية مصرية علمية أو خدمية، فباستثناء الدراسة الوبائية التي يجريها البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، لا توجد إلا بحوث متناثرة يدجريها بعض الباحثين في إطار حصولهم على درجات علمية، ويكاد يغيب الجهد المنظم لهيئة قومية حكومية أو أهلية في مجال الوقاية من بلد التدخين.

ونشير في هذا السياق إلى تجربة (عبدالمنعم شحاتة، ١٩٨٨: ٢٠١-١٥٩) أجريت في إطار السياق الثقافي المصري لتغيير اتجاهات المراهقين المصريين بأخرى تمقلل من احتمالات بدئهم التدخين، وقد تم إجراؤها بمشاركة ٣٧٥ طالبًا بالصف الأول الثانوي العام؛ إذ تبين البحوث المصرية والأجنبية أن سن ١٦ سنة هي السن المحتملة أن يبدأ فيها الفرد تدخين السجائر.

وقد تعرض هؤلاء الطلاب لرسالة تدعوهم إلى عدم التدخين، وتتضمن:

١- البدء بتفنيد العلاقة المزعوسة بين التدخين وخصال كالاستقلال والرجولة، على أساس أن البدء بتفنيد الحجج المعارضة لتوصيات الرسالة أكثر فعالية إذا كان لدى المتلقي ألفة ووعي بهذه الحجج، كما أن عرض هذه الحجج في سياق يرفضها يضعف من فعاليتها في المستقبل.

٢- كشف الآثـار الفسيـولوجيـة المباشـرة لتدخين أقل عـدد ممكن من
 السجائر.

٣- توضيح حكم الدين في تدخين السنجائر اعتمادًا على إبراز حقوق
 النفس والغير، وضرورة عدم إيقاع الأذى بهم.

٤- إبراز قيمة أن يصبح الفرد غير مدخن.

وقد اختيرت الحجج المدعمة لكل عنصر من العناصر السابقة على أسس موضوعية كالاستناد إلى نتائج البحوث وإلى آراء ذوي الخبرة بموضوعها، وقد قدم هذا المضمون في شكل تخاطب بالمواجهة (محاضرة) لأن هذا الأسلوب يحقق التفاعل بين المصدر والمتلقي بشكل ييسر للمتلقي تكوين صورة إيجابية عن المصدر، ويزيد من الألفة به، كما أنه الأسلوب نفسه المعتاد للطلاب عند

تلقي الدروس، بالإضافة إلى أنه يلاثم المضمون الذي تم اختياره لعرضه عليهم.

وقد سبق التعرض لهذا المضمون، وتلاه أيضًا - مباشرة أو بعد أسبوع من عرضه لتقويم آثاره - جمع بيانات عن اتجاهات الطلاب نحو التدخين وخبرتهم به ومعايشتهم له ومعايشة المدخنين، وعدد منتقى من خصال الشخصية والبيانات الشخصية والاجتماعية الأخرى، وقد تم ذلك من خلال أدوات روعي تمتعها بالشروط العلمية للأداة الجيدة مما يسمح بالاعتماد عليها، كما تم تحليل البيانات - التي تقدمها هذه الأدوات على الحاسب الآلي بواسطة أساليب إحصائية مثل تحليل التباين متعدد المتغيرات Manova وتحليل التباين متعدد المتغيرات وأسفرت هذه التعايدات عن المتاتج التالية:

 ا- هناك فروق مرتفعة بين الذين تعرضوا للرسالة والذين لم يتعرضوا إليها في الاستجابة للتخاطب، فالذين تعرضوا أكثر فهمًا للرسالة وأكثر تقبلاً لها ولمصدرها بالمقارنة بمن لم يتعرضوا.

٧- لخصال شخصية المتلقي دورها في تحديد درجة هذه الاستجابة وفي توقيت ظهورها، فعلى سبيل المثال، يبدي المتفتح ذهنيا استجابة للرسالة أكثر مما يبدي منغلق الذهن (المتسم بالجمود)، كما أن المتفوق دراسيًا لا يظهر هذه الاستجابة بعد تعرضه للرسالة مباشرة وإنما بعده بفترة، بينما يظهر الاقل قدرة على التحصيل الدراسي هذه الاستجابة بعد عرض الرسالة مباشرة، وتختفي عنده بعد العرض بفترة، وهو ما يبرهن على أهمية وضع خصال شخصية المتلقي في الحسبان عند إعداد التخاطب، وعند تقويم فعاليته.

٣- لمصدر التخاطب دوره المهم في استجابة المتلقي للرسالة؛ إذ يعد تقبل المصدر عملية أساسية تيسر تغيير الاتجاه المحبذ لتدخين السجائر، وهو ما يشير إلى خطورة ظهور المدخن في أفلام السينما والتليفزيون في صورة البطل المنقذ والقادر على مُواجهة أصعب المشكلات، كما يشير إلى أهمية ظهور الشخصيات العامة والمشهورة وهم لا يدخنون.

3- هناك زيادة - إلى حد ما - في تغيير الاتجاه المحبف للتدخين ناتجة عن مرور الوقت بعد عرض الرسالة (أي الأثر الكامن) وتلعب خصال شخصية المتلقي دورها في تحديد حجم هذه الزيادة، بل وفي ظهورها أو اختفائها؛ إذ تبين أن مرتفعي القدرة على التحصيل الدراسي ومتفتحي الذهن والأقل تقديراً للذات يظهرون هذه الزيادة أكثر من غيرهم.

هذا مثال لدراسة مصرية هدفها تقويم برنامج للوقاية من بدء التدخين، وقد أثارت- مثل غيرها- نقطة مهمة هي أن قدرة هذه البرامج على إحداث تغيير تتفاوت درجتها ما بين تغيير ملحوظ في الاتجاهات المحبلة للتدخين وتعديل محدود في سلوك التدخين أو نية إصداره مستقبلاً؛ وهي نقطة التفت منظرو تغيير الاتجاه إليها بالدراسة لتفسيرها واكتشاف العوامل التي تؤدي إليها.

والعامل الأهم في هذا الصدد هو أن الاتجاه المحبد للتدخين يتكون خلال فترة زمنية طويلة جداً تبدأ مع بداية وعي الطفل بما يدور حوله، وتنتهي بمحاولته تجريب التدخين، وطوال هذه الفترة، تعمل مواقف عديدة ووسائل متنوعة على ترسيخ هذا الاتجاه ودعمه، وبالتالي يصعب لكن لا يستحيل تعديل أتجاه استفرق تكوينه عدة سنوات في أيام معدودات، أضف إلى ذلك

أن عملية التعديل هذه أشبه بالسياحة ضد التيار، فتكوين الاتجاه المحبذ للتدخين يتم في سياق اجمتماعي لا يحظر التدخين فقط، بل يشجع عليه أيضًا، فوسائل الإعلام ترسم صورة إيجابية عن الـتدخين والمدخنين، وتقدم بطل الأفلام والمسلسلات السينمائية والتليفزيونية غالبًا، بالسيجارة في يده، يستعين بها لمواجبهة المواقف الصعبة والمحرجة والتي تتطلب نضجًا ومهارات خاصة، وتؤكد لنا أن التدخين أهم هذه المهارات؛ إذ يستعيد البطل به كفاءته وقدراته التي اهتزت نتسيجة الموقف الذي يواجهه، ولا يقتسر الأمر عند هذا الحد، فالصورة تدعو إلى الاقتداء بالبطل، ويزيد من هذا التأثير وجود أب أو أخ يدخن، الذي - بحكم موضعه في الأسرة- يعد نموذجًا يحتـذي، ويتضخم التأثير، فالأقران يحشون على تجريب التدخين، ويُدُفِّعُون إليه دفعًا، كل هذا في سياق يدعم بدء الـتدخين، ويقلل من مدى الاستجـابة لتخاطب يدعو إلى عدم بدء التـدخين، تلك الاستجابة التي تتطلب خلق سـياق نفسي اجتماعي يستهجن التدخين ويرفضه أي تغيير الصورة التي تعرضها وسائل الإعلام، وتغيير عبادات الآباء وتغييس معاييس جماعية الأقران؛ إذ تؤثر في استجابة الفرد لبرامج الوقاية من بدء التدخين، ليس هذا فقط، بل وتحدد هذه الاستجابة من حيث الوجهة والشدة.

ولخلق هذا السياق الرافض للتدخين، يجب أن يقوم المجتمع بأمرين:

١- الاهتمام بالبحث العلمي لرسم ملامح ظاهرة التدخين في مجتمعنا من حيث دواقعها ودلالتها لدى قطاعات مختلفة من الجمهور المصري لوضع أساس علمي موضوعي لحملات مكافحة التدخين، هنا تجدر الإشارة إلى أهمية إجراء دراسات تتبعية طولية -Log nitudinal والاستفادة من نتائجها، فالفرد لا يبدأ تدخين السجائر

بين عشـية وضحـاها، وإنما يمر بمرحلة تهيــؤ طويلة، تستغــرق عدة سنوات قبل أن يدخن سيجارته الأولى، وتنقسم هذه المرحلة إلى مراحل فرعية لكل منها دوافعها وآلياتها، ويدون فهم هذه الدوافع وتلك الآلمات، تفقد أساليب الوقاية قدرتها على التأثير؛ إذ يصعب- بدون هذا الفهم- اختيار المضمون المناسب تقديمه إلى الأفراد المراد التأثير فيهم، كما يصعب انتقاء الطريقة الملائمة لتقديم هذا المضمون، فعلى سبيل المشال يصبح من المناسب في مرحلة تهيؤ الأفراد لتجريب تدخين سيجارة الأولى، أن تحدثهم عن خطر الاعتماد على «النيكوتين» وصعوبة الامتناع عن التـدخين بعد البدء فيه، وأن تدخين السيجارة الأولى يعنى تكرار المحاولة، ثم الاستمرار في المتدخين، وتوضيح كيف يتم ذلك بواسطة بيانات صادقة، ومن مصادر موثوق فيها، ويعد هذا المضمون أكثر ملاءمة بالمقارنة بالحديث عن مضار التدخين المباشرة أو بعيدة المدى؛ لأن المراهقين- في هذه المرحلة- لا يدركون خطورة الاعتماد، معتقدين . في إمكانية الامتناع عن التدخين أي وقت شاءوا -Biglan & Lich) & Lichtenstein; 1984) ، أما في مرحلة التجريب الفعلى ومحاولة تدخين السجائر كوسيلة للحصول على قبول اجتماعي وتقدير الذات، فإن من المناسب الحديث عن المظاهر السيئة للتلدخين، والإعزاءات السلبية التي يعزوها الآخيرون إلى المدخن، والضيرر الذي يلحقه التدخين بالآخرين، مما يقلل من قبـولهم للمدخن، ذلك القبول الذي يمكن الحصول عليه بواسطة وسائل مأمونة وإيجابية كحسن الخُلُق وأناقة المظهـر وغيرها، كـما من المناسب تقديم مـعلومات عن الآثار الفسيولوجية المباشرة- وليس بعيدة المدى- المؤلمة والمترتبة على

تدخين سيجارة، مجرد سيجارة واحدة، استنادًا إلى نصائح طبية موثوقة.

معنى ذلـك أن الدقة في اختـيار المضـمون الواجب تقديمه- والـطريقة المناسبة له- لجمهور بعينه قد يزيد من فعالية أساليب الوقاية من بدء التدخين، وكما ورد في الأثر «فلكل مقام مقال» فإن المضمون الذي يلائم المهسيئين للتسجريب- ولم يدخنوا بعد- لا يكون فعَّالاً إذا قدم لمن جربوا التدخين بالفعل، كــما أن المضـمون الذي يلاثم الذين دخنوا على سـبيل التــجربة لا يجدي تقديمه للمهيئين لتجريب التدخين، وهذا أحد الأخطاء التي وقع فيها مصممو برامج الوقاية من بدء التمدخين، أضف إليه التأخير في تقديم هذه البرامج، فمعظم البحوث التي عرضناها أجريت بمشاركة مبحوثين تجاوروا السادسة عشر عامًا من العمر، حيث بدأ منهم التدخين نسبة تجاوزت الستين في الماثة من مجموع المدخنين المنتظمين في التـ دخين، وكان يجب التبكير في تعريض هؤلاء المـراهقين لبرامج الوقايــة (أي وهم في الثانية عــشر عــامًا من العمر أو دون ذلك، حيث لم يبدأ التدخين بعد إلا ٤ - ٥٪ فقط)، إذ إن وقاية المهيئين لتجريب التدخين من محاولة التجريبي، أفضِل من وقاية الذين جربوا من الاستمرار في التدخين ,Orleans; et al, 1993; Pamerleau, et al, التدخين (1993; Califano, 2003) لذا يجب أن تستهدف حملات الوقياية من بدء التدخين تلاميذ المدراس الابتدائية، فالمرحلة الإعدادية أو الثانوية تعد وقيتًا متاخراً حداً لذلك.

والخطأ الثالث الذي قلل من فعالية برامج الوقياية من بدء التدخين هو اعتمادها على أسلوب صريح في المخاطبة، فكل المضمون المعارض للتدخين المقدم عبر هذه البرامج- وكذلك وسائل الإعلام- قدم بشكل مباشر بينما تقدم الأفلام والمسلملات السيجأرة وكأنها العصا السحرية التي بها تهدا

النفوس المتوترة وتستيقظ العقبول الخاملة، ليس هذا فقط، بل إن كشيراً من الشخصيات العامة والنجوم ذوي التأثير الاجتماعي في الآخرين (لأنهم قدوة) يظهرون والسيجارة بين أصابعهم، كل هذا يدعو النشء بشكل غير مباشر إلى التدخين، وكما يقبول الجرجاني «فالتعريض- أي التلميح- أوقع من التصريح».

٢- لذلك يجب أن تقوم هيئات حكومية وأهلية بجهد متناسق ومتكامل لترسيخ اتجاهات سلبية نحو التدخين تعد محددًا لسياق رافض للتدخين يشجع الإحجام عنه، وفي هذا السياق تجدر الإشارة إلى جهود متناثرة تقوم بها بعض الهيئات، وتتسم هذه الجهود:

العشوائية فليس لهما خطة موضوعة مسبقًا وذات أساس علمي
 موضوعي؛ وإنما حماس القائمين بها وحسب.

ب- أدى هذا إلى تفرق الجهود وتناثرها وغياب التنسيق بينها.

 ج- وبالتالي فإن نطاقها محدود مكانًا وزمانًا، حتى إنها جهود موسمية تنشط حينًا وتختفي أحيانًا.

إن إيجاد سياق رافض للتدخين يعد مدخلاً وقدائيًا لقدائمة طويلة من الأمراض، يتطلب استراتيجية عامة مخطط لها جيدًا تحدد أدوار هيئات عديدة لهذه الاستراتيجية ملامح متعددة على رأسها:

ا حفع سعر السجائر ~ ومنتجات ألتبغ الأخرى~ لجعلها صعية المنال
 على الصغار قدر الإمكان.

٢- توسيع نطاق الأماكن المحظور فيها التدخين وتغليظ عقوية من
 يدخن فيها أيًا كان موقعه الاجتماعي.

٣- توظيف كل ما هو متاح- كعلمة السجائر ذاتها والأعـمال الدرامية
 والمقررات الـدراسية والأنشطة الـلاصفية... وما شـابه- لتوعـية

الجمه و العام بمضار التدخين وبحكم الدين فيه فمعرفة هذا الحكم تكبخ الرغبة في التدخين وتزيد احتمالات إحجام الفرد عنه، وتظهر الإحصاءات الأمريكية أن المدارس الدينية أكثر استجابة لشعار «مدرسة خالية من التدخين» مقارنة بالمدارس العامة، حيث كانت النسب عام ٢٠٠٠ هي ٤٢٪ من المدارس العامة، مقابل ٢٢٪ بين المدارس الدينية، وادت ٢٠٠٢ إلى ٦٥٪، ٧٩٪ على التوالي (Califano, 2003).

الخلاصة:

تبين لنا أهمية الوقاية عسومًا وبالأخص وقاية المراهقين من بدء التدخين، والحيلولة بينهم وبين تدخين أية سيجارة من خلال تغيير اتجاهاتهم المحبلة للتدخين والتي تدفع إليه بأخرى تستهجنه وتحث على رفضه ويتم هذا التغيير من خلال معلومات تصف خطورة التدخين ومضاره وكيفية التعامل مع الظروف التي تشجع عليه، كما تصف مزايا عدم التدخين.

وقد تم عرض نماذج من البحوث التي استهدفت ذلك سواء ما أجري منها في مصر، وتكشف جميعها أن منها في مصر، وتكشف جميعها أن تعرض الأفراد لتخاطب يعارض المتدخين قد أحدث تغييراً ملحوظاً في اتجاهاتهم المحبلة له، كما أحدثت تعديلاً أقل درجة في نية الأفراد التدخين مستقبلاً أو محاولتهم التدخين الفعلى.

هنا يجب التأكيد على ضرورة إيجاد سياق ثقافي اجتماعي رافض للتدخين، ويعد التدين أحد عناصر هذا السياق، كما يمارس الوالدان دوراً حيويًا في تشكيل اتجاهات أبنائهما السلبية نحو التدخين والمخدرات وتدريبهم على رفضها إذا وجدوا في مواقف تدفعهم إلى تجريب التدخين أو التعاطى.



الفصل السادس

أمايعد

في الأعوام الأخيرة، تـ ورق معظم دول العالم- شرقه وغربه، مـ متقدمة كانت أو متـ خلفة- مشكلة من أخطر المشكلات الإنسانية؛ إذ لهـا آثار مدمرة اقتصاديًا واجتماعيًا وصحبيًا (بدنيًا ونفسيًا) آلا وهي مشكلة تعاطي المخدرات (الطبيعية منها والمصنعة) التي أثارت قلق المسئولين والمواطنين على السواء ودفعت الجميع إلى تلمس الطريق لمواجهتها والقضاء عليهـا، فإن لم يكن، فالتقليل من حجمها ومضارها. وفي غمار هذا القلق تصور البعض أن ضجة إعلامية حول المشكلة يكفي، فلما لم تؤت هذه الضجة ثمارها، توهموا أن العلاج يكون بتشريع العمقوبات المشددة والتي تصل إلى الإعدام لمروجي تلك المخدرات ولتعاطيها أيضًا، وقد نسوا أن المواجهة الحقيقية للمشكلة إنما يكون بسد البوابة التي يدخل منها الفرد عالم التـ عاطي ويتزلق فيه، فـما هي هذه البوابة؟

يؤكد العلماء إنها تدخين السجائر الذي يعد مقدمة ضرورية لتعاطي المخدرات، فقد اتضح أن الغالبية العظمى (أكثر من ٩٠٪) إن لم يكن كل متصاطي المخدرات قد بدأوا بتدخين السجائر، كما أن المدخين من المراهقين أكثر جرأة، بالمقارنة بغير المدخنين المناظرين لهم، لتعاطي المخدرات وأكشر جرأة لتجريب هذا التعاطي، بل وفي استمرار تعاطيها، وفي الاستعداد لهذا التعاطي وتقبله إذا أتبحث الفرصة لمن لم يسبق لهم هذا التعاطي (عبدالسلام الشيخ، ١٩٨٨؛ مصطفى مسويف، ١٩٩٦: ١٤٧؛ 1985; دول.

كما تكشف البحوث عن وجود خطوات متدرجة لتعاطي المخدرات حيث يتم البدء بتعاطي المواد المباحة قانونًا والأقل إحداثًا لاعتماد جسمي أو نفسي كالسجائر والبيرة، وينتهي التعاطي بتعاطي المواد المحظورة قانونًا والأكثر إحداثًا لاعتماد جسمي ونفسي كمشتقات الأفيون والمشروبات التي ترتفع فيها نسبة الكحول (النبيذ - الويسكي . . . إلخ)، عما يؤكد إن الطريق الصحيح لمكافحة المخدرات أو على الأقل للتقليل من المتعاطين لها - يكون بمكافحة تدخين السجائر، والتي تعد الوقاية من بدئه ليس فحسب خطوة أساسية من بدء تعاطي كافة المواد المؤثرة في الحالة النفسية، وإنما تعد جزءًا رئيسيًا في أي برنامج للصحة العامة، وذلك للعلاقة المؤكدة بين تدخين السجائر وعدد ليس قليلاً من الأمراض المزمنة والمتصدرة قائمة الإصابات المسببة للوفاة، ولأن أيضًا - تدخين السجائر أحد مصادر تلوث الهواء، والسؤال الذي يطرح نفسه أيضًا - تدخين السجائر أحد مصادر تلوث الهواء، والسؤال الذي يطرح نفسه هو: كيف نحمي المجتمع من هذا التلوث، ونقى أقراده من الإصابة بتلك الأمراض؟

ويكتسب هذا التساؤل أهمية شديدة، وخصوصًا، بعد أن تبين لنا (انظر: الفصل الرابع من هذا الكتاب) القدرة المحدودة للأساليب التي تساعد المدخنين على الامتناع عن التدخين، والتي يرى البعض أنها ناتجة عن عوامل خارج حدود هذه البرامج ولا تطلها أيدي مصمميها؛ إذ لاحظوا تشابه نتائج الأساليب المختلفة في مبادئها النظرية والمتباينة في إجراءات أدائها، فافترضوا أن متغيرات تخص الجمهور المستهدف (أي المدخنين) قد تكون مسئولة عن هذا التشابه، وقد تكون - أيضًا - سببًا وراء القدرة المحدودة لأساليب تعديل سلوك التدخين، وأكدت الإحصاءات هذا الافتراض، فالمدخنون يتجنبون سلوك التدخين، وأكدت الإحصاءات هذا الافتراض، فالمدخنون يتجنبون التعرض لتلك الأساليب، ففي «فيالادفيا» أبدى خمسة آلاف مدخن، من بين التعرض لتلك الأساليب، ففي الانضمام لجلسات برامج تساعد على الامتناع عن

التدخين، لم يلهب إلا ١٤, ٥٪ منهم لقابلة القائمين على هذه البرامج لتسحديد مواعيد الجلسات ولم يحضر إلا ثلاثة في المائة منهم فقط تلك الجلسات، وكانت هذه النسبة في النيويورك، دون الواحد في المائدة (٩٥,٠٪ أو أربعهمائة مدخن من بين اثني عشر القا) :Ashton & Stepney, 1982 (181) على يعني أن النسبة العظمى من المدخنين يتجنبون (١٩٥) التعرض لبرنامج تعديل سلوك التدخين، عما يحد من مقدرتها، فتتاثجها مستخلصة من فئة لا عمل جمهور التدخين على الإطلاق، أضف إلى ذلك، ما تؤكده البحوث غلل جمهور التدخين على الإطلاق، أضف إلى ذلك، ما تؤكده البحوث الملمونها كوسيلة لتقليل التعارض بين سلوكهم وبين المعلومات الجديدة التي تعرضها تلك البرامج وذلك لتبرير سلوكهم؛ إذ تبين أن المدخنين بالمقارنة بغير تعرضها تلك البرامج وذلك لتبرير سلوكهم؛ إذ تبين أن المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين، يقللون من خطورة الأمراض التي اتضحت علاقتها بالتدخين؛ إذ يوافق على أن التدخين شليد الخطورة بالفعل، كما يرى ١٤٪ منهم، في مقابل ٩٠٪ من غير المدخنين، إنه يسبب الوفاة بمعدل يفوق ما تسببه الحوادث.

أي أن المدخنين إما يتجنبون التعرض الأساليب تعديل سلوك التدخين، أو يحرِّفون المجلومات المقدمة في هذه البرامج ويشوهونها إذا تعرضوا لها، وكلاهما- بالإضافة إلى عوامل أخرى- يعد مسئولاً عن القدرة المحدودة لتلك الأساليب مما يحني إمكانية تحقيق نتائج أفضل إذا تضمنت أساليب تعديل السلوك ما يمكن من جذب المدخنين إليها، وما يقلِّل من تشويههم لمضمونها.

وتزداد أهمية التساؤل عن كيسفية حماية الناس من الأمراض والتلوث الناتج عن تدخين السجائر، حينما نعرف أن لأساليب وقاية المراهقين من بدء

^(*) تجمد الإشارة إلى أن أحد موضوعات البحث الحيوية في مجال التعرض لوسائل الإعلام هو التعرض الانتقائي والذي يشير إلى سعي الفرد نحو المعلومات التي تتسق والاتجاه الذي يتنباه، وتجميه التعرض للمعلومات التي لا تتسق معه وتؤيد البحوث ذلك . انشر: (Sweemey & Gruber, 1984).

التدخين، كوسيلة لتقليل حجم المدخنين، أن لها فعالية ضشيلة نسبيًا (انظر: الفصل الخامس من هذا الكتاب) والتي يرى البعض أنها راجعة إلى افتقار هذه الأساليب إلى دراسات طولية Longitudinal والاستفادة من نتائجها فالفرد لا يبدأ تدخين السجائر بين عشية وضحاها، وإنما يمر بمرحلة تهيؤ طويلة، تستغرق عدة سنوات قبل أن يدخن سيجارته الأولى وتنقسم هذه المرحلة إلى مراحل فسرعية لكل منها دوافعها وآلياتها، وبدون فسهم هذه الدوافع وتلك الآليات، تضقد أساليب الوقاية قدرتها على التأثير؛ إذ يصعب- بدون هذا الفهم- اختسيار المضمون المناسب تقديمه إلى الأفراد المراد التأثير فيسهم، كما يصعب انتقاء الطريقة الملائمة لتقديم هذا المضمون، فعلى سبيل المثال: يصبح من المناسب في مرحلة تهيؤ الأفراد لتجريب تدخين السيجارة الأولى، أن نحدثهم عن خطر الاعتماد على «النيكوتين» وصعوبة الاستناع عن التدخين بعــد البندء فيمه، وإن تدخين الســيـجـارة الأولى يعنى تكرار المحــاولة، ثم الاستمرار في التدخين، وتوضيح كيف يتم ذلك بواسطة بيانات صادقة، ومن مصادر مـوثوق فيها، ويعد هذا المضـمون أكثر ملاءمــة بالمقارنة بالحديث عن مضار السندخين المباشرة أو بعسيدة المدى؛ لأن المراهقين- في هذه المرحلة- لا يدركون خطورة الاعتماد، معتقدين في إمكانية الامتناع عن التدخين أي وقت شاءوا (Biglan & Lichtenstein, 1984) أما في مرحلة التجريب الفعلى ومحاولة تدخين السجائر كوسيلة للحصول علمي قبول اجتماعي وتقدير الذات فإن من المناسب الحديث عن المظاهر السيئة للتدخين، والإعزاءات السلبية التي يعزوها الأخرون إلى المدخن، والضرر الذي يلحقه التدخين بالأخرين، مما يقلل من قبولهم للمدخن، ذلك القيول الذي يمكن الحصول عليه بواسطة وسائل مأمونة وإيجابية كحسن الخلق وأناقة المظهر وغيرها Hirschman, et al, وسائل مأمونة وإيجابية (1984 كما من المناسب تقديم معلومات عن الآثار الفسيمولوجية المساشرة-. وليس بعيدة المدى- المؤلمة والمترتبة على تدخين سيبجارة، مجرد سيجارة واحدة، استنادًا إلى نصائح طبية موثوقة.

معنى ذلك أن الدقة في اختيار المضمون الواجب تقديمه- والـطريقة المناسبة له- لجمهور بعينه قد يزيد من فعالية أساليب الوقاية من بدء التدخين، وكما ورد في الآثر "فلكل مقام مقال» فإن المضمون الذي يلائم المهـيئين لتجريب - ولم يدخنوا بعــد- لا يكون فـعالاً إذا قــدم لمن جربوا التــدخين بالفعل، كما أن المضمون الذي يلاثم الذين دخنوا على سبيل التحربة لا يجدي تقديمه للممهيئين لتجريب التدخين، وهذا أحد الأخطاء التي وقع فيها مصمو برامج الوقاية من بدء التدخين، أضف إليه التأخير في تقديم هذه البرامج، فمعظم البحوث التي عرضناها - في الفصل الخامس- أجريت بمشاركة مبحوثين تجاوزوا السادسة عشر عامًا من العمـر، حيث بدأ منهم التدخين نـسبة تجـاورت الستين في المائة من مـجمـوع المدخنين المبتظمين في التدخين (مـصطفى سويف وآخـرون، ١٩٨٤: ٢٤، ٢١، ٧١،٤٦)، وكان يجب التبكير في تعمريض هؤلاء المراهقين لبرامج الوقاية (أي وهم في الثانيـة عشر عامًا من العمر أو دون ذلك حـيث لم يبدأ التدخين بعد إلا ٤ - ٥٪ فقط)؛ إذ إن وقاية المهيــثين لتجريب التدخين مــن محاولة التجريب أفــضل من وقاية الذين جربوا من الاستمرار في التدخين.

والخطأ الثالث الذي قلل من فعالية برامج الوقاية من بده التدخين هو اعتمادها على أسلوب صريح في المخاطبة، فكل المضمون المعارض للتدخين المقدم عبر هذه البرامج- وكذلك وسائل الإعلام- قدم بشكل مباشر بينما تقدم الأفلام والمسلسلات السيجارة، وكأنها العسصا السحرية التي بها تهدأ النفوس المتورة وتستيقظ العقول الخاملة، ليس هذا فقط، بل إن كشيراً من الشخصيات العامة والنجوم ذوي التأثير الاجتماعي في الآخرين (لانهم قدوة) يظهرون والسيجارة بين أصابعهم فصعظم رجال الإدارة العليا يدخنون، وكذلك الفنانون الذين تملأ صورهم كافة وسائل الإعلام ليل نهار، كما أن

0,00٪ من الأطباء (*) المصريين، 0,00٪ من المدرسين، 1,00٪ من رجال الحيش، 1,00٪ من أجوم الرياضة المصريين يدخنون (0mer, et al, 1984) كل هذا يدعو النشء بشكل غير مباشر إلى التدخين، وكما يقول الجرجاني وفالتعريض - أي التلميح - أوقع من التصريح (عبد القادر الجرجاني، ب ت ٥٥).

هكذا نلاحظ أن متغيرات اجتماعية تلعب دوراً في تقليل فعالية أساليب كل من استناع المدخنين عن التدخين ووقعاية المراهقين من بدء التدخين تلك الفعائية التي يمكن مضاعفتها غدة مرات لو وضعت استراتيجية عامة يشارك المجتمع - حكومة وأفرادا - ككل في تنفيذها، وتستهدف تحقيق هدف رئيسي هو تقليل الدافعية المدخين السجائر، سواء بتقليل دافعية المهيئين لبدء التدخين، أو تقليل دافعية المدخن للاستمرار في التدخين ويتم ذلك باتباع الوسائل التالية في وقت واحد.

أولاً: رفع سعر السجائر؛

يمكن للحكومات المختلفة أن تقلل من معدلات تدخين شعوبها للسجائر، ذلك بإجراء شديد البساطة هو رفع سعرها، فرفع سعر السجائر يلعب دورً مهمًا - كجزء من استراتيجية عامة - في إنقاص معدل استهلاكها؛ إذ يمثل هذا السعر عبئًا على المراهق الذي يفكر في تجريب التدخين، كما يستحث المدخن غالبًا لتقليل عدد السجائر التي يدخنها، وكما يتضح من

⁽ه) للعاملين في المهن الطبية دور حيوي في حمات مكافحة التدخين، ففي بريطانيا وأمريكا أدى إنقاص الأطباء من معدلا تدخينهم إلى خفص معدلات التدخين بشكل عام، وعلى سبيل المثال الخفص معدل تدخين الأطباء في كاليفورنيا من 97٪ عام ، 19 إلى ، 1 ٪ عام ، 19 م وقد صاحب ذلك خفص في معدل التدخين بوجه عام، ذلك لدور الأطباء كقدوة يحتلى بها الناس، وكا يؤسف له أن نسبة كبيرة من أطباء الدولة النامية يدخنون. ويعد الأطباء الآن مدخلاً لبرامج تدخل فعالة نسبيًا ويتحملون عب، ونصح مرضاهم بعدم التدخين، انظر: (Ball, 1986; Orleans et al, 1993)

شكل (٢٠)، فالعلاقة بين سعر السجائر ومعدل استهلاكهما علاقة عكسية، فكلما ارتفع السعر، تناقص الاستهلاك، أي أن هناك ارتباطًا سلبيًا مرتفعًا جدًا (-, ٩-) بين سعر السجائر ومعدل استــهلاكها، وكان هذا السعر مسئولاً عن ٨٠٪ من التغير في معدلات استهلاك البريطانيين للسجائر خلال ربع قرن (Russeil, 1977) (۱۹۷۱-۱٤۱۹)، فعلى سبيل الشال أدت زيادة سعر السجائر عام ١٩٧٩ بنسبة ٦٪ إلى تناقص مبيعاتها بنسبة ١٠٪ (Ashton & ٪١٠ (Stepney, 1982: 146 هذا في بريطانيا، أما في أمريكا فقد أدت زيادة سـعر السجائر بنسبة ١٠٪ إلى تناقص استهلاكها بنسبة ٣-٤٪ (Chandler, 1988) ويدعم تحليل أجراه (لوبيز) (Lopez, 2002) ذلك حيث تبين أن لرفع سمعر السجائر تأثيرًا ضعيفًا على بدء التدخين في مقابل تأثير أكبر على محاولة الامتناع. ويعزو سويف (*) تناقص معدل التدخين بين طلاب الجامعة خلال العقدين الماضيين إلى هذا العامل، مما يؤكد الدور الحيوي لسعر السجائر في تقليل معدل استهلاكها (***)، وفي تقليل بالتالي- معدلات الإصابة المزمنة، وكل هذا يوفسر لخزانة حكومات العالم الثالث- والدول العربية جـزًّا منه-أموالاً كثيرة هي في أمس الحاجة إليها.

ثانيًا؛ تشديد عقوبة التدخين في أماكن محظور فيها التدخين؛

كما إن بإمكان الحكومات المساهمة في إنقاص معدلات التدخين وتقليل فرص الإصابة بالأمراض الناتجة عنه، وذلك باتخاذ إجراءات تشريعية بحظر التدخين في الأماكن التي يتواجد فيها الناس كالمركبات العامة، وأماكن العمل ودور اللهو والترويح، فقد تبين لنا (انظر الفصل الأول من هذا الكتاب) كيف

 ^(*) في محاضرة ألفاها بمناسبة ألبوم العالمي لمكافحة الإمعان بالركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ،
 ٢٠٠٧/٢

 ⁽حه) يحرض سويف (۱۹۹۹ : ۸-۲۹) غاذج آخرى لتأثير ارتفاع سعر المادة المتعاطاة (حشيش - هيروين) في خفض معدلات التعاطي، وهي أمثلة تدعم هذه المقطة.



شكل (۲۰) علاقة معدلات استهلاك السجائر بأسعارها في بريطانيا خلال عام ۱۹۶۲ – ۱۹۷۱

يلحق التــدخين أذي شديدًا بالمدخــن وبمن يجالســه من غيــر المدخنين، ودور الحكومات التقليدي هو منع الفرد من إيذاء غيره- وكنذلك نفسه- وذلك بتحديد أماكن يحظر فيها التلذخين ومعاقبة من يخالف هذا الحظر، على أساس أن يحث هذا العقاب الناس على الاستناع عن التدخين، وقــد فعلت معظم الحكومات ذلك، ففي مصر– علمي سبيل المثال- صدر قانون ٩٢ لسنة ١٩٦٤ بمنع تهريب التبغ، كما صدر القانون ١٣٧ لسنة ١٩٨١ بحظر التدخين أثناء وفي أماكن العمل، وأيضًا صدر قانون ٥٢ لسنة ١٩٨١ الذي تنصر, مادته السادسة: «يحظر في وسائل النقل العام والأماكن العامة والمغلقة التي يصدر بتحديدها قرار من وزير الصحـــة، وتنص مادته الثامنة: «كل من يخالف المادة السادسة يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على أسبوع، وبغرامة لا تقل عن أخمسة جنيهات مصرية، ولا تزيد على عشرين جنيهًا أو بإحدى هاتين العقوبتيل، ^(*) ولأن العقــاب بالحبس(***) يصعب استخدامه في الواقع لكثرة المدخنين!، فإن العقوبة المتبعة غالبًا في المجتمع المصري هي تغريم من ضبط وهو يدخن في أماكن محظور فسيها التدخين عشسرة جنيهات مصرية، ولسم تكن هذه العقوبة رادعة (*** لأنه لا يتم تحصيلها بشكل فوري، كها يعتبرها البعض قليلة ر *) وقد تعدل هذا القانون بصدور قانون (٤) لسة ١٩٩٤ ، والذي ينص على أن عقوبة من يدخن في مبكان عام هي خمسون جنيهًا مصريًا، وأضاف عقوبة للمستولين عن هذه الأماكن العامة الذي لا ينفذون فيها هذا

⁽ع) وقد تعدل هذا القانون بصدور قانون (٤) لسة ١٩٩٤ و والذي ينص على أن عقوبة من يدخن في مكان عام هي خمسون جنيها مصرياً و وأضاف عقوبة للمستولين عن هذه الأماكن العامة الذي لا ينفذون فيها هذا القانون تتراوح ما بين ألف وعشرين ألف جنيه . وقد شهدت مصر في أغسطس ١٩٩٧ حملة قومية مكتفة لتنفيذ هذا القانون ، نامل أن يظهر شمارها . كما صدر قانون ٨٥ لسنة ٢٠٠٧ بحظر بيم السجائر ومنتجات التنفيذ هذا القانون ، نامل أن يظهر شمارها . كما صدر قانون ٨٥ لسنة ٢٠٠٧ بحظر بيم السجائر ومنتجات التبغ لن يقل عمره عن لمائة عشر عاماً ، وحظر ترزيع السجائر في مسابقات أو تكون وسيلة الحصول على جوائز ، والزم هذا القانون مصنعي السجائر بتخصيص ثلث واجهة العلبة لعبارة واحترس: التدخين يدمر الصحة ويسبب الوفاة » أن التراك من المحالة ويسبب الوفاة » أن التحالة عن المحالة ويسبب الوفاة » أن التراك من المحالة عن التراك المحالة ويسبب الوفاة » أن التراك المحالة عليه المحالة ويسبب الوفاة » أن التراك المحالة على المحالة القانون مصنعي السجاء القانون المحالة على التراك المحالة ويسبب الوفاة » أن التراك المحالة على المحالة القانون المحالة القانون المحالة المحالة التحالة التحالة المحالة المحا

ر يهي " تبين بحوث تعديل السلوك أن معاقبة الإستجابة غير المرغوبة بتجاهل Time Ouit (الحبس) من أصدرها أكثر الواع العقاب فعالية، وقد استعرض هذه البحوث Keirman, 1978.

⁽ ١٩٥٥) فعلى سبيل المثال ، صرح أحد رجال الأمن المصريين بأنه ثم تحرير مخالفتين لشاب واحد في وأتوبيس ، عام خلال ساعة واحدة. وأكتدوبر . القاهرة ، العدد ٩٧١ ه ، ٨ / ٧ / ١٩٨٧) . ومن الملاحظ أن التدخين ظاهرة منتشرة في وسائل النقل العام بمصر ، على الرغم من وجود الافتات بها تشير إلى حظر التدخين .

نسبيًا؛ لذا فإنه لكي تكون هــــذه الغرامة رادعة، فسيجب أن تكون كبسيرة، ويتم تحصيلها فور إشعال المرء لسيجارة في مكان محظور التدخين فيه، وأن يتم هذا باستمرار وليس بشكل مؤقت وفقًا لاهتمام المستولين؛ إذ تبين بحوث (Keirman, 1978) تعديل السلوك، سواء ما جرى منها على الحيوان أو الإنسان، سويًا كان أو غير سوى، إن العقاب يكون فعالاً إذا كان أكثر شدة، ويلى ظهور الاستجابة غير المرغوبة مباشرة (أي فوري) ويقدم بشكل مستمر، وذلك بالمقارنة بكونه أقل شدة، ويفصل بينه وبين الاستجابة غير المرغوبة فترة من الزمن، ويقدم بشكل متقطع، معنى هذا أن التغريم الفوري الكبير لمن يشعل مسيجارته في مكان محظور التدخين فيه، يقلل كشيرًا من معدلات التدخين، ومن فـرص تعرض غير المدخنين للعناصـر الكيميائيــة الضارة التي تحتوي عليها السيجارة، كما يسهم في التقليل- ولو بدرجة ضئيلة- من تلوث الهواء، ويمكن تحصيل الغرامة فوريًا دون الحاجة إلى تعيين رجل أمن خلف كل مواطن، وذلك بإعطاء إيصالات بقيمة الغرامة، ومبختومة من الخزانة العامة للدولة، يحصَّل بها سائق المركبة العامة- أو الرئيس المباشر في مقر العمل أو المسئول عـن دور العرض وغيرها- يحصَّل بها وبشكل فـوري قيمة مخالفة حظر التدخين.

ثالثًا، توعية المواطن بمضار التدخين،

نسبة كبيرة من وسائل الإعلام في دول العالم الثالث تملكها الحكومة، وبالتالي فيمكنها توظيف هذه الوسائل في توعية الجسمهور بمضار التدخين وكشف الصورة الحقيقية للسيجارة، وأثرها على الجسم والنفس والأخرين والمجتمع والاقتصاد القومي. . . إلخ. إذ تخلق هذه التوعية رأيًا عامًا يعارض التدخين ويسسر على الممتنع عنه أن يستمر في امتناعه، وعلى من لم يبدأ التدخين ألا يبدأ، ومن الأمثلة التي يمكن أن تستغلها الحكومة في ذلك نجد:

- ١- علبة السجائر نفسها، فغي مصر، تنص المادة الثالثة من قانون ٥٢ لسنة ١٩٨١ بضرورة كتابة عبارة (التدخين ضار جداً بالصحة) على كل علبة سجائر، وفي أصريكا نفس الشيء، بل قرر «الكونجرس الأمريكي» أن تلتزم شركات إنتاج السجائر ابتداءً من ١٩٨٥/١٠/ بكتابة التحذيرات التالية على كل علبة سجائر:
- (i) يسبب التمدخين سرطان الرئة وانتفاخ الرئمة وأمراض القلب واضطرابات الحمل.
 - (ب) يلحق تدخين المرأة الحامل الأذى بجنينها ويسبب الولادة المبتسرة.
- (ج.) يدخل المدخن بتدخينه السيجارة أول أوكسيد الكربون (وغيره من الغازات السامة) إلى رئتيه.
- (د) باستناعك عن التدخين تقل احتمالات إصابتك بالعديد من الأمراض.

وقد أدت كتابة هذه التحذيرات إلى تناقص معدل تدخين الرجال الأمريكيين من ٢٩٨٩٪ عام ١٩٨٣٪ عام ١٩٨٩ إلى ٢٩٨٪ في الأمريكيين من ٢٩٨٥٪ عام ١٩٨٠ إلى ١٩٨٠٪ على المدارس المبارس المخير من عام ١٩٨٥٪ كما قلل من معدل تدخين طلاب المدارس العليا من ٣٠٪ إلى ٢٠٪ إلى ٢١٪ (Koop, 1986)، أي أن زيادة القدر من المعلومات الصحيحة عن مضار التدخين على علبة السجائر قد قلل بشكل واضح من معدلات التدخين.

٢- أن تبرز وسائل الإعبلام مزايا عدم التدخين، فقد لا تكفي معرفة المدخن بمضار التدخين لزيادة دافعيت للامتناع عن التدخين، وإنما إدراكه مزايا عدم التدخين، فالبحوث (Leventhal, et al, 1985) تؤكد أن توقعات الأفراد مزايا عدم التدخين، يجعلهم يتخذون قراراً بالامتناع عن التدخين.

ويجب أن تلعب وسائل الإعلام دورًا بارزًا في حسماية الصغار من تعلم سلوك التدخين، بألا تنقل عدسات الصحف والتليفزيون صورة أية شخصية-مهـما كان موقعها ومكانتهـا- وهي تدخن، وذلك أثناء تغطيتهـا للأحداث السياسية والاجتماعية والفنية والرياضية، كما يجب أن تتولى أجهزة الرقابة على المصنفات الفنية حلف المشاهد السينمائية والتليفزيونية التي تبرز المدخن في صورة إيجابية، أو تحاول ربط التـدخين بالمتعة والرجولة والإثارة. . . إلخ، فالصورة المعتادة في وسائل الإعلام هي أن علامة سعادة البطل وانسجامه هي تدخين سيجارة، وعسلامة حزنه وإحساسه بالإحباط - أيضًا- هي تدخين سيجارة، حتى إن السيجارة هي العامل الـوحيد المشترك في المناسبات المفرحة والمترحة على السواء، ففي المأتم تقدم السجائر، وفي الأفراح تقدم السجائر، ويعد تدخين المدعوين لها مجاملة لأصحاب المناسبة (*)، وهذه الصورة يجب أن تغيرها وسائل الإعلام وتعمل على إحلال بدائل للسجائر، وهذا يتطلب قدرًا من الوعى والمعرفة الصحيحة، ووسائل الإعلام مسئولة عن تحقيق ذلك، ليس هذا فقط، بل يجب عليها أن تدعو الناس إلى تكوين جماعات- في المدارس والنوادي وأماكن العمل المختلفة وغيير ذلك- تعارض التدخين وتتبنى اتجاهات مضادة له، وتخلق سياقًا اجتماعيًا يحبذ عدم التدخين.

٣- أن تتضمن المقررات الدراسية للتلاميذ الذين تتراوح أعمارهم ما بين الله و ١٥ سنة، دروسًا توضح الآثار المباشرة الناتجة عن تدخين سيجارة مجرد سيجارة واحدة، وجدير بالذكر أن مقرر العلوم على طلاب الصف الشالث الإحدادي بمصر، تضمن درسًا عن علاقة تدخين السجائر بأمراض الجهازين التنفسي والدوري (كأمراض القلب

 ⁽ج) اتضح أن المناسبات الإجتماعية السعيدة على رأس الظروف التي تيسر بدء التدخين «زانظر: عبدالنعم شحاتة ١٩٩٨م) ليس هذا فقط: بل تيسر تعاطي اغدرات والعقاقير اظتلفة. (انظر: عبدالسلام الشيخ،
 ١٩٨٨ ؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦).

وتصلب الشرايين...إلخ) أو ما يسمى بأمراض المرحلة الوسطى من العمر، التي تعد آثارًا بعيدة المدى للتدخين، لا يلحظها المراهقون فيمن يعرفونهم من المدخنين (من أقرانه أو مدرسيه أو والده)، فلم تؤت أكلها، بدليل إن أكثر من عشرة في المائة من طلاب الصف الأول من المرحلة الثانوية- بأنواعها- المصريين يدخنون، وتتضاعف الحده النسبة في العمام التالي، فأكثر من عشرين في المائة من طلاب الصف الشاني يدخنون (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٧٨: ٣٤ الصف الشاني يدخنون (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٧٨: ٣٤ توجهًا للحاضر منهم للمستقبل، مما يعني ضرورة التركيز على الآثار توجهًا للحاضر منهم للمستقبل، مما يعني ضرورة التركيز على الآثار واحدة.

٤- إعطاء المدرسين- بمراحل التعليم المختلفة - دورات تدريبية حول آثار التدخين المباشرة ومضاره بعيدة المدى، وحثهم على عدم التدخين آثناء إلقاء المدروس أو على مشهد من تلاميذهم في الأوقات الأخرى خارج المدرس، ذلك لأن المدرس قدوة قد يحاكي بعض الطلاب سلوكه في تدخين السجائر. ونفس الشيء للرياضيين ورجال الإعلام والعاملين في مجال الصحة (ه) وكل الشخصيات ذات التأثير - بحكم موقعها المهني- في الآخرين.

 ⁽ه) وقد سبقت الإشارة - في الفصل الرابع- إلى ظهور برامج تدخل لمع التدخين تعتمد أساسًا على الأطباء
والعاملين في مجال الصحة، وكذلك على الرؤساء والزملاء في مؤسسات العمل الأخرى، باعتبارهم عنصراً
فعالاً يساعد على مدم التدخين في مجانهم.

رابعًا: زيادة وعى الناس بحكم الدين في تدخين السجائر:

النقطة المهمة التي يجب الالتفات لها هي ضرورة تأكيد الحكم الفقهي لتدخين السجائر، وتوحيد (*) هذا الحكم، ونشره حتى يعرفه كافة الناس؛ إذ يعد الدين الإطار المرجعي الذي يحتكم إليه الناس، على أساس أن تقويم موضوع أو فعل ما، أو تحديد مشروعية الإقدام عليه، أو الإحجام عنه، تتم في إطار التقويم الديني، أي الحكم بأنه حلال أو حرام، فعلى سبيل المثال، هناك أدلة على أن عدم تيقن الأفراد بحكم الدين في تعاطي الحشيش أو اعتقادهم بأنه ليس حرامًا، يسر بدء تعاطيهم له ويشجعهم على معاودة التعاطي، لذا فإن من يعتقد أن تعاطي الحشيش حرام كان ٣,٢١٪ من عينة المتعاطين، في مقابل ٨,٥٥٪ بمن يناظرهم من غير المتعاطين ، يؤكد ٣٣,٣٣٪ من المتحاطين من طلاب الصف الشالث الشانوي العام أن الدين لم يحرم تدخين السجائر (هند طه، ١٩٨٤؛ ٩٥).

 ⁽a) ذكر الشبخ جاد الحسق - شبخ الجامع الأوهر رحمه الله - في حديث لجريدة الأهرام الصادرة في / ١٩٨٧ / 1 / 1 / 1 ان تدخين السجائر مكروه، ثم عاد وأكد في حديث لفضيلته نشرته جريدة الأخبار ليوم / ١٩٨٩ / 1 / 1 / 1 م بأنه حرام، وقد أقتى سماحة الشيخ محمد بن إبراهيم آل الشيخ مفتي اللهار السمودية بتحريم الدخان، (عزت حسين، ١٩٨٤) المسكرات ابن الشريعة والقانون. دار الناصر بالرياض ص ١٣٦ - ١٤٠) كما ذكر الدكتور يوسف القرضاوي - في كتابه داخلال واطرام في الإسلام، (١٩٧٦ : ١٨) - أنه حرام الموت الضرب المعربة جلسائه، وما لا شك فهه أن حرام المقون الضرب المعربة جلسائه، وما لا شك فهه أن القول بتحريم تدخين السجائر قول صحيح في ضوء ما ورد بالفصل الأول من هذا الكتاب، وما ورد في القرآن الكتاب، وما ورد في القرآن الكراب بتحريم تدخين السجائر قول صحيح في ضوء ما ورد بالفصل الأول من هذا الكتاب، ومن ورد في القرآن الكتاب، ومن ورد ألبقرة، والآيات ٤٠٨ مه ٨٨ من صورة المائدة، ١٩٧٧ من صورة الأعدى بالنفس صورة المنافق الأذى بالنفس من صورة المنافق الأدى بالنفس وبالآخرين، وعن إضاعة لمال. ومن الأجدى – في مثل هذه الأمور – الأخذ بالتحريم لأنه أكثر إلزامًا للنفس من وبالآخرين، وعن إضاعة لمال. ومن الأجدى – في مثل هذه الأمور – الأخذ بالتحريم لأنه أكثر إلزامًا للنفس من القول بأنه مكروه (على المرغ على المرغ المجاح المصريون في أمر تدخين السجائر أثناء الإحرام، وقلة هم اللين أيتنوا أنه وغيا يؤسف له أن بمضهم اعتبره مكروهًا والبعش الآخر أجازه ودخن أثناء الإحرام، وقلة هم اللين أيتنوا أنه صورة.

وتتضح أهمية معرفة الفرد بالحكم الفيقهي لتدخين السجائر، حينما نجد أن ٧٦٪ من غير المدخنين الفين ذكروا أن تدخين السجائر حلال، قد ذكروا أنهم سيسدخنون إذا اتحيت لهم الفرصة، بينما ذكر ٤٧٪ من غير المدخنين الفين لم يستطيعوا تحديد ما إذا كان التدخين حلالاً أم حرامًا سيمتنعون عن التدخين؛ لأنه ضار بالصحة، في حين أكد كل من ذكر أن تدخين السجائر حرام بأنهم لن يدخنوا مطلعًا (عبد المنعم شحاته، ١٩٨٨ ; ١٩٨٣).

كما تتضح أهمية معرفة الفرد بالحكم الفقهي للتدخين حينما نجد أن هذه المعرفة تحدث تغييراً في الاتجاه المحبيد للتدخين أكثر مما يحدثه ذكر الأضرار الصحية أو الخسائر الاقتصادية المترتبة على تدخين السجائر، فنسبة تغيير الاتجاه نحو التدخين نتيجة معرفة الحكم الفقهي كانت ٥٠٪، بينمسا كانت ١٨٠٥٪ نتيجة معرفة أضراره الصحية، و١١٨٪ نتيجة معرفة الخسائر الاقتصادية المترتبة عليه (١٩٤٩) أي أن مجرد معرفة الناس بحكم الدين في تدخين السجائر، يمكن أن يساهم بشكل فعال في مكافحة التدخين وتقليل معدلاته، وما أيسر ذلك، فقط يتفق فقهاؤنا على حكم الإسلام في تدخين السجائر، ثم ينشر هذا الحكم في كافة وسائل الإعلام ليعرفه الجميع.

هذه بعض الوسائل التي تلجأ إليها الحكومات لمكافحة تدخين السجائر والتي تمكن من خلق سياق اجتسماعي يرفض الستدخين، فله لما المناخ دوره الرئيسي في إنقاص معدلات استهلاك السجائر، وخصوصاً بعد أن تبين لنا أن بده التدخين يرجع - في المقام الأول - إلى وجود سياق اجستماعي يحب التدخين ويتقبله (انظر: الفصل الشاني من هذا الكتاب) ويشجعه، وأن ٩٨٪ من حالات معاودة التدخين بعد استناع عنه تكون بسبب ضغوط اجتماعية (انظر: الفصل الرابع من هذا الكتاب)، أي أن المشكلة الخطرة (والتي كشف الفصل الأول عن جوانب خطورتها) التي تواجه عالمنا المعاصر هي اجتماعية

المنشأ، فتستوجب حلاً اجتماعيًا لها، وهذا ما حاول الفصل الحالى أن يقدمه، فتمت الإشارة إلى أربع وسائل يسهل اتباعها، وقد سبق للمجتمعات الغربية (في أوروبا وأمريكا) أن اتبعت الوسائل الثلاث الأولى، فأحدثت تأثيرًا هائلًا، فعلى سبيل المشال، كانت توقعات العلماء الأمريكيين في التسعينيات- في ضوء تزايد استهلاك الأمريكيين للسجائر خلال القرن العشرين- أنه سيكون في الولايات المتحدة الأمريكية تسعون مليون مدخن في عام ١٩٨٦، فإذا بها- بعد اتباع الوسائل الشلاث السابق الإشمارة إليها-خمسون مليونًا فقط، بل ويتوقع بعض الخبراء أن كللًا من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة والسويد، مستكون عام ألفين مجستمعات خالية من دخان السجائر، فمعدلات التدخين في هذه الدول تتناقص باضطراد ,Chandler) (1988، هذا نتيجة مباشرة للحملة الشعبية والرسمية المضادة للتدخين، والتي توظف كل ما هو متاح حتى علب السجائر، وتسعى هذه الحملة إلى تقليل دافعية الأفراد لبدء التلخين أو للاستمرار فيه أو لمعاودته بعلد امتناع عنه، وذلك من خلال تبصير الجميع بمضار التدخين على الفرد والأسرة والصحة والاقتصاد القومي، وإبراز حقوق غير المدخنين في استنشاق هواء نقي.

ماذا لو استفادت مجتمعاتنا العربية والإسلامية من هذه الخبرة التي اكتسبتها المجتمعات الغربية، ووظفتها في مكافحة التدخين، وماذا لو أضافت مجتمعاتنا العربية والإسسلامية إلى هذه الوسائل التي حققت النتائج المذهلة الوسيلة الرابعة التي سبق الإشارة إليها والمستمدة مباشرة من ديننا الحنيف، من المؤكد أن النتائج ستتضاعف، فكثير من المسلمين سيحجمون عن التدخين إذا عرفوا أنه حرام، سيتردد المراهق آلاف المرات قبل أن يحاول تجريب تدخين السيحارة الأولى، وسيفكر المدخن مئات المرات قبل أن يمد يده إلى علبة سجارة الأولى، وسيفكر المدخن مئات المرات قبل أن يمد يده إلى علبة سجارة الأولى، وسيفكر المدخن مئات المرات قبل أن يمد يده إلى علبة سجارة الأولى، وسيفكر المدخن مئات المرات قبل أن يمد يده إلى علبة

وترتفع احتمالات نجاح محاولته الامتناع عن التدخين (*) ولن يقتصر الأمر على الفرد؛ إذ سوف تتحمس هيئات وجماعات- رسمية وغير رسمية - كثيرة لكافحة التدخين؛ لأنه منكر يجب تفييره، وقد تلجأ حكومات بعض اللول الإسلامية إلى حظر إنتاج السجائر، وحظر استيرادها أو الاتجار فيها؛ لأن الكسب منها مثله مثل الكسب من صنع الخمر أو المتاجرة فيه، فهيئة الصحة العالمية تصنف «النيكوتين» - العنصر الفعال في السيجارة - ضمن المواد المؤثرة في الحالة النفسية، مثله مثل كل أنواع الخمور ومشتقات الأفيون، وغيرها من المخدرات الطبيعية والمُصنَّعة.

 ^(*) للفكرة الدينية دور إيجابي فعال في تركيب الحضارة إذ تشرط ملوك الفرد، وتنظيم غرائزه رحاجاته
 روغباته) وغنحه القوة على تحمل الآلام الجسام (لمزيد من التفصيل حول هذا الدور والأدلة التاريخية التي
 تثبت ذلك: انظر: مالك بن نبى، ١٩٣٩: ٨٥-٨٥.

الراجع العربية

١- أحمد الرفاعي غنيم

١٩٨٦ أثر التدخين على الذاكرة قصيرة المدى. الكتاب السنوى في علم المنفس، المجلد الخامس: 839 - 819، القاهرة: الأنجلد الخامس: 839 - 819، القاهرة: 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839 - 839

۲ – ب. رنوفان.

١٩٧١ تاريخ العلاقات الدولية، الجزء الأول (ترجمة: جـلال يحيى) القاهرة: دار المعارف.

٣- حاسم الجزار

٢٠٠٤ بعض للحددات النفسية المنبئة بتدخين السجائو. رسالة دكتوراة غير مشورة، كلية الأداب، جامعة المنوفية.

٤- زكريا توفيق أحمد.

۱۹۸۸ دراسة لبعض سمات الشخصية وعمالاقتها بالتدخين لدى طلاب كليـة التربية، علـم الدفس، ٧: ٤٠ - ٤٥ .

۵- عادل النمرداش.

١٩٨٢ الإدمان . الكويت: عالم المعرفة (٥٦).

٦- عبد الحليم محمود السيد.

١٩٩٧ شبكة المشدرات في الموطن العربي. مركز الدراسات والبحوث. أكاديمية نايف للعلوم. الرياض. ص ص ٧٧ - ١١٣.

١٩٧٩ علم النفس الاجتماعي والإعلام. القاهرة: دار الثقافة.

٨-______ ولخرون.

١٩٩٠ اتجاهات التغير في حكم الإصابة بالأمراض الجسمسية والنفسية المصاحبة لتعاطي

المواد المؤثرة في الأعـصاب. علم الدفس، ١٣ : ٨٤ - ٩٥ . الهيئة المصـرية العامة للكتاب.

٩- عبد الستار إبراميم.

١٩٨٠ العلاج النفسي الحديث: قوة الإنسان. الكويت: عالم المعرفة، العدد ٢٧.

١٠- عبد السلام أحمدي الشيخ.

۱۹۸۸ بعض الشروط المسئولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير. علم النفس، ۸ ا

ا ا- عبد القاهر الجرجاني.

دلائل الإعجاز: في علم للعاني. طبعة منشئ المنار الشيخ محمد رشيد رضا.

١٢- عبد المنعم شحاتة محمود.

۱۹۹۰ مكونات الإعلام والاساره من منظور عليم النفس. عالم الفكر، ٢٤ (١/ ٢): ٢٩ - ٣١٥ .

-14

١٩٨٩ أ بعض محددات بلد المراهقين تدخين السجائر . علم النفس، ١٢ : ٨٩ – ٨٨ .

-15

۱۹۸۹ ب الاتجاه نحو عمل المرأة خارج المنزل: مقارنة بين التسلطيين وغير التسلطيين. مجلة العلوم الاجتماعية، ۱۷، (خويف): ۱۲۱ – ۱۸۱.

١٩٨٨ تفيير الاتجاه نحو التدخين: براسة تجريبية. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الأداب- جامعة القاهرة.

-17

١٩٨٥ بعض الخصائص للعرفية والوجدانية للأزواج وعلاقتها بتقبلهم افكاراً خاصة بعمل للرأة خارج المنزل. رساتل ماجستير غير منشورة، كلية الأداب- جامعة المنيا.

١٧ - عمر عبد العزيز عمر.

۱۹۸۸ **دراسات فی استاریخ الأوروبی الأمریکی الحدیث.** الإسكندریة: دار المعرفة الحامعة

۱۸ – ج. غازدا، ر. کورسینی (محرران).

نظريات التعلم: دراسة مقارنة (ترجمة: علي حسين حجاج) الكويت: عالم المعرفة، الجزء الأول، عدد ٧٠، ١٩٨٠ الجزء الثاني، عدد ١٩٨٨ .

14 - أ. فيرز .

١٩٨٦ نظرية التعلم الاجتماعي لدروتر في : غازدا، كورسيني (مرجع سابق).

٢٠ - مالك بن نبى.

۱۹۲۹ شروط النهضة (ترجمة: عمر مسقاوي وعبد الصبور شاهين). بيروت: دار الفكر.

١١ – مصطفى سويف.

١٩٩٦ المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة (٢٠٥).

٧٧-_____وآخرون .

١٩٨٧ المُضدرات والشباب في مصر: بحوث ميدانية في مدي انتشار المواد المؤثرة في الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب، القاهرة: منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٢٣- أ. نيفنن هـ كوماجر.

١٩٨٣ موجز تاريخ الولايات المتحدة (ترجمة: محمد بدر خليل)، القاهرة: دار المعارف.

۲۶ – ز. هارسیناي، ر. هنسون.

١٩٩٨ التنبق اللوراثي (ترجمة: مصطفى إيراهيم فهمي) الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٣٠٠ .

10- ك. هولاند، أ. سيحادوا.

١٩٨٦ التعلم بالملاحظة لباندورا. في غازدا، كورسيني (مرجع سابق).

١٦- مند سيد طه .

۱۹۸۶ بعض للتقيرات النفسية الإجتماعية للرتبطة بتدخين السجائر لدي طلاب الثانوى العام. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الأداب- جامعة القاهرة.

۱۹۸۸ تدخین السجائر طویل المدي: دراسة للأداء علي بعض الاختبارات الخفسية الوضوعية. رسالة دكترراة غير منشورة كلية الأداب – جامعة القاهرة.

المراجع الأجنبية

28- Ashton, H. & Stepney, R.

1982 Smoking: Psychology and Pharmacology. London: Tavistock.

29- Bagozzi, R. P.

30- ----

1989 Attitudes and Communication; In: Forthcoming, International Encyclopedia of Communication. Oxford Uni. Press (draft).

1986 Attitude Formation under Theory of Ressoned Action and a Purposeful Behavior Reformulation. Br. J. Soc. Psychol., 25: 59 - 107.

31- Ball, K.

1986 Smoking Spells Death for Millions. World Health Forum, 7: 211-216.

32- Berckler, S.

1984 Empirical Validation of Effect, Behavior and cognitive as a Distinct Commponts of Attitudes, J. Pers. Soc. Psychol. 47: 1191 - 1205.

33- Best, A.; Bass, F. & Owell, L.

1977 Delivery in a smoking cessation programme for Public Health. Canadian. J. Public Health, 68: 469 - 473.

34- ---- et al.

1984 Smoking Prevention and the Concept of Risk. J. Appl. Soc. Psychol., 14: 257 - 273.

- 35- & Haksian, A. R.
 1978 A. Situation Spercific Model for Smoking behavior. Addict.
 Behav., 3: 79-92.
- 36- ———— & Sudfield, P.
 1982 Restricted Environmental stimulation therapy and Behavioral Self- Management in Smoking Cessation. J. Appl. Soc. Psychol., 12: 408 419.
- 37- -----; Wain Wright, P. E., Mills, D. E. & Kirkland, S. A. 1985 Biobehavioral Approaches to smoking Control; In: W. Linden (Ed) Biological Barriers in Behavioral Medicine, New York: Karger.
- 36- Biglan, A. & Ary, D. V.
 1989 Methodological Issues in Research on Smoking Prevention; In:
 C. Bell & R. Battzes (Eds). Prevention Research: Deterring Dru
 Abuse among Children and Adolsecents. Washington, DC: NIDA
 Research Mongraph (draft).
- 39------ & Lichtenstein, E.
 1984 A Behavior- Analytic Apporach to Smoking Acquisition: Some Recent Findings. J. Appl. Soc. Pychol., 14: 207 223.
- 40------ 'McConnell, S.; Severson, H.; Bavry, J. & Ary, D. 1984 A situational analysis of Adolesecent Smoking. J. Behav. Med., 7: 107 - 114.
- 41- ________; Severson, H., Bavry, J. & McConnell, S. 1983 Social influence and Adolesent smoking. a first look Behind the Brain. Health Education, Sep/ Oct.: 14 - 18.
- 42- Biglan, A. & Taylor, K (2000) Why we been more successful in reducing tobacco use than violent crime? American J. of Community Psychol., 28 (3): 269 - 302.
- 43- Blanchard, E. (1994) Behavior medicine & health psychology. (701 - 733) In: A. Bergin & E. Garfield (eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley & Sone.
- 44- Botvin, G.; Baker, E.; Renick, N. Filazzola, A. & Botvin, E. 1984 A Cognitive - Behavioral Approach to Substance Abuse Prevention. Addict. Behav. 9: 137 - 147.

45----- & Eng. A.

355.

- 1982 The Efficacy of a Multicomponent Approach to the prevention program. Prev. Med., 11: 199-211.
- 46- Brown, R., Lichtenstein, E., McIntyre, K. & Harrington Kostur, 1984 Effects of Nicotine Fading and Relapse Prevention in Smoking Cessation. J. Cons. Clin. Psychol., 52: 307 - 308.
- 47- Buivydaite, K.,; Domarkiene, S.; Reklatitoeng R. & Tamosiuans, A. (2003)
 The Prevalence & Trends of the smoking habits among midde- aged kaunas pepulation during 20 years & Their relation with so-ciodemographic status. Medicina (Kaunas), 39 (10): 999 1006.
- 48- Califano, J. (2003) Release of the 2002.
 National Survey of American attitudes in substance abuse Vit. (www. casacolumbia. org / newsleter).
- 49-----(2003).

 Tobacco use among middle & high school students. MMWR, 52 (1); 7-9.
- 50- Chaiken, S. & Stanger, C. 1987 Attitudes and Attitude change. Ann. Rev. Psychol., 38: 575 -630.
- 51- Chandler, W. J. 1986 Tobacco - Strong Words are not Enough. World Health Forum, 7: 217 - 225.
- 52- Connor, S. & Mcintyre, (1999)
 Socio Demographic Predictors of Smoking cessation among prenant women in Canada, Caradian Journa of Public Health, 90 (5): 352 -
- 53- Cox, T.C.; Jacobs, M. R.; Leblance, A. E. & Marshman, J. A. 1983 A Drug band Drug Abuse: A Reference Text. Toreno: Addition Research Foundation.
- 54- Currg, S.
 1993 Self help intervention for smoking cessation. J. Cons. Clin.
 Psychol. 61: 790 803.

- 55- Davine, P. G. & Ostrom, T. M.
 - 1985 Cognitive Mediation of Inconsistency Discounting, J. Pers. Soc. Psychol., 49: 5 21.
- 56- Deaux, K. & Wrightsman N. L.
 - . 1988 Social Psychology, California: Brooks / Cal.
- 57- Deleon, J.
 - (2005) Ameta analysis of worldwide studies demonstrates and assocition between schizophrenia & Tobacco Smoking behtviors. Schizophr, Res., 76 (2-3); 135 157.
- 58- Dreisback, R.
 - 1980 Handbook of Poising. California: Long Medical Pub.
- 59- Eagly, A. & Chaiken, S.
 - 1984 Cognitive Theories of Persuasion. Adv. Exp. Soc. Psychol., 17: 268 359.
- 60- & Himmelfarb, S.
- 1978 Attitudes and Opinions. Ann. Rev. Psychol. 29: 517 554. 61 Eiser, J. R.
- 1978 Discripency, Dissonace and Dissonant Smoker. Inter. J. Addict., 13: 1295 1305.
- 62----- & Van der Pligh, J.
 - 1984 Attitudional and Social Factors in Adolescent Smoking: in Search of Peer groub inflaence. J. Appl. Soc. Psychol., 14: 384 363
- 63- Evans, R.
 - 1976 Smoking in Children: Developing a Social Psychological Strategy of Deterrence. Prev. Med., 5: 122-127.
- 64- ----; et al
 - 1978 Deterring the Onset of Smoking in Children: Knowledge of Immediate Physiological Effects and Coping with Peer Presure, Media Presure and Parent Modeling. J. Appl. Soc. Psychol., 8: 126 135.
- 65- ----; Rains, B. & Hanselka, L.
 - 1984 Developing Data Based Communications in Social Psychological Research: Adolescent Smoking Prevention. J. Appl. Soc. Psychol., 14: 289 295.

- 66- Eysenck, H.
 - 1973 Personality and Maintenance of the Smoking Habit (pp. 113-14-6) In: W. Dunn, Jr (ed.) Smoking Begavior: Motives and incentives. Washington, D. C. Winston and sons.
- 67-----
 - 1954 The Psychology of Politics. London: Rotledge & Kegan poul.
- 68- Fazio, R: & Zanna, M. P.
 - 1981 Direct Experience and Attitude Behavior Consistency. Adv. Exp. Soc. Psychol., 14: 161 202.
- 69- Fishbein, M.
 - 1982 Social Psychological Analysis of Smoking Behavior; In: R. Eiser (Ed.) Social Psychology and Behavioral Medicine. New York: Wiley & Sons. Ltd. PP. 179 197.
- 70- ---- & Ajzen, I.
 - 1975 Beleif, Attitude, Intention and Behavior, Reading, Mass: Addison Wesley.
- 71- Flay, B. R.
 - 1985 Psychosocial Approaches to Smoking Prevention: a Review of Finding. Health Psychol., 4: 449 488.
- 72- ----; et al.
 - 1980 Are Social Psychological Smoking Prevention Programs Effective?
 - The Waterloo Study. J. Behav. Med., 8: 37 59.
- 73------; d' Averras, J., Best, A.; Kersell, M. & Ryan, K. 1983 Cigarette Smoking: Why young people do it and Wads of preventing it.; In: P. McGrath & P. Firestone (Eds) Pediatric and Adolescent Behavioral Medicine. New York: Springer-Verlag. pp. 132 - 183.
- 74 Glasgow, R.; Klesges, R.; Godding, P.; vasey, M. & O' Neill, H. 1984 Evaluation of a worksite - controlled smoking program. J. Cons. Clin. Psychol., 52: 137 - 138.
- 75- Gomma, Report of Health interview Survey: Health profile of Egypt, Resutis of the first cycle. Publication No. 16. July.

76- Green,

1977 Psychological Factors in Smoking (pp, 149 - 156) in: Jarvik, et al., 1977.

77- Corti, E

1932 Ahistory fo Smoking Harcouret, Brace and company. (Through; Jarvik, et al. 1977: 205).

78- Gutschoven, K. & Van de Bulck, J. (2004).

Television Viewing & Smoking Volume In adolescent Somkers: A cross - Sectional Study. Preventive Medicine, 39 (6): 1093 - 1098.

79- Haddad, L. & Malak, M. (2002).

Somking Habits & Attitudes Towards Smoking among university Students in Jordan International . J. of Narsing Studies 39 (8): 793 - 802 .

80- Hall, S.; Rugg, R.; Tunstall, C. & Jones, R.

1984 Preventing Relapse to Cigarrette Smoking by Behavioral Skill Training. J. Cons. Clin. Psychol., 52: 372 - 382.

81- Heath, A. C. & Madden, P. G.

1995. Gentic Influences on Smoking Behavior. In J. R.1 Tuner, L. R. Cardon, & J. K. Hewitt (Eds.), Behavior genetic approaches in behavioral medicine (pp. 37 - 48). New York: Plenum.

82- Heller, K.; Swindle, R. & Dusenburg, L.

1980 Componet Social Support Processes: Comments and Integration. J. Cons. Clin. Psychol., 54: 466 - 470.

83- ----; et al.

1984 Psychology and Community Change , Challenges of Future Illinois: the Dorsey Press. 2ad ed.

84- Henningfield, J. & Keeman, R.

1993 Nicotine delivery Kinetics and abuse liability. J. Cons. Clin. Psychol., 61: 743 - 750

85- Hemrikus, H.; et al.

2005 The Effectiveness of Smoking Cessation interventlove with hosoital patients. Preventive Medicine, 40 (3): 249 - 258.

86- Hirschman, R.; Leventhal, H, & Glynn, K.
1984 The Develompment of Smoking Behavior: Conceptualization

- and Supportive Cross Sectional Survey Data. J. Appl. Soc. Psychol., 14: 184 206.
- 87- Hovland, C.; Janis, I. Kelley, H.
 - 1953 Communication and Persuasion. New Haven: Yale Uni. Press.
- 88- Insko, C. & Schopler, J.
 - 1972 Experimental Social Psychology. New York: Academic Press.
- 89- Jamesion, G. H.
 - 1985 Communication and Persuasion. London: Croom Helm.
- 90- Jarvik, N.
 - 1979 Biological influences on cigarette smoking. (pp. 7 45) In: Krasnegor, 1979.
- 91-----; Cullen, J; Grits, E.; vogt, T. West, 1.
 1977 Researsh on Smoking Behavior. Washinton: NIDA Research Monogreph 17.
- 92 Janis, I. & Hovland, C.
 - 1959 An Overview of Persuasbility Research; In: C. Havland & I. Janis (Eds) **Personality and Pensuasbility.** New Haven: Yale Uni. press. pp. 1-16.
- 93 Kamarck, T. & Lichtenstein, E. 1985 Current Trends in Clinic - Based Smoking Control. Ann. Behav. Med., 7: 19 - 23.
- 94- Kandel, D.
 - 1987 Convergences in Prospective Longitudinal Surveys of Drug in normal P. opulations; In: D. Kandel; et al. (Eds) Longitudinal research on Drug use: Fmpirical Fmpirical Findings and Methodological Issues. New York: Wiley & Sons Ltd. pp. 3 37.
- 95- ----; Kessler, R. & Margulies, R.
 - 1978 Antecedents of Adolescent Initiation Into Stages of Drug Use: A Developmental Analysis; In: D. Kandel; et al. (Eds) Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Finding and Methodological Issues. pp. 73 99.
- 96 Keirnan, C.
 - 1978 Behavior Modiffication (pp. 336 448) In: Clark & Clark (Eds) Reading from Mental Difficiency: The Chaving cutlook . London.

97- Killen, S.; vard, T.; Rogers, J.; Green, G. & Schatzberg, A. 2004 Randomized Clinical trail of the efficacy of Buprop. J. Con. & Clin. Psychol., 72 (4).

98- Knapp, N.

1980 Essentials of Noverbal Communication. New York: Holt Rinehart.

99- Koop, C.

1986 A Society Free Smooking by the year 200C. World Health Forum, 7: 226 - 231.

100- Krasnegor, N (ed.)

1979 The Behavioral Aspects of Smoking. Washington NIDA Research Monograph 26.

101- Lnacker, J.

1977 Smoking and Disease (pp. 230 - 283) In: Jarvik, et al, 1977.

102- Leeder, 1.

1977 Sociocultural Factors in the Etiolog of Smoking Behavior: An Assessment (pp. 186 - 201). In: Jarvik, et al, 1977.

104- Leventhal, H.

1986 Health Psychology: A Social Psychological Perspective; In: L. Berkowitz. A Survey of Social Psychology. pp. 448 - 476 .

105 - -----

1970 Findings and Theory in the study of Fear communications. Adv. Exp. Soc. Psychol., 5: 119 - 186.

106 - ---- & Cleary, P.

1980 The Smoking Problem: A Review of the Research and Theory in Behavioral Risk Reduction. **Psychol. Bull.**, 88: 370 - 405.

107- ----; Porhaska, T. Hirschman, R.

1985 Preventive Health Behavior Across the Life Span; In: Rosen & L. Solomon (Eds) **Prevention in Health Psychology.** New Hampshire: Uni. press of New England. Vol. 8, pp. 191 - 238.

108- Lerman, C., Caporaso, N. E., Audrain, J., Main, D., Bowman, E. D., Lockshin, B., Boyd, N. R. & Shields, P. G.

1999 . Evidence Suggesting the role of specific genetic factors incigarette smoking. Health Psychology. 18 , 14 $\,$ 20 .

- 109- Lichtenstenin, E.; Antonuceio, D. & Raiwsher, G.
 - 1980 The Resumption of Cigarette Smoking: A Situational Analysis of Retrospective Reports. Unpublished monoscript.
- 110- ---- & Brown, R.

1980 Smoking Cessation Methods: Review and Recommendations; In: W. Miller (Ed) **The Addictive Behaviors: Treatment of Alcholism, Drug Abuse, Smoking and obesity.** Oxford pergamon Press, pp. 169 - 206.

- 111 ---- & Danaher, B.
 - 1976 Modicication of Smoking Cehavior; A critical Analysis of Theory, Reasearch and Paractice; In M. Hersen; et al. (Eds) **Progress in Behavior Modiffication.** New York: Academic Press, pp. 76 132.
- 112- ---- & Glasgow, R.
 - 1992 Smoking cessation: What have we learned over the past decade? **J. Cons. Clin Psychol.**, 60: 518 527.
- 113- Lopez, N.
 - 2002 How Imporant are to baco prices in the propensity to start & quit smoking: Health Econ., 11 (6): 521 535.
- 114- Luce, B. & Schweitzer, S.
 - 1977 The Economic Costs of smoking Induced Illness (pp. 221 229) In: Jarvik, et al., 1977.
- 115- McGuire, W.
 - 1985 Attitudes and Attitude Change; In: Lindzey & E. Aronson (Eds). **The Handbook of Social Psychology**, 2: 233 346. New York: Random House.
- 116- Mermelstein, R.; Cohen, S.; Lichtenstein, E.; Baer, J. & Kamarck, T. 1986 Social support and smoking cessation and Maintenance. J. cons. Clin. Psychol., 54: 447 - 453.
- 117 Millar, M. & Tesser, A.
 - 1986 Effects of Affective and Cagnitive Focus on Attitude Behavior Relation. J. Pers. Soc. Psychol., 51:270-276.
- 118- Murray, D.; Johnson, C.; Luepker, R. & Mittelmark, M. 1984 The Pervention of Cigarette Smoking in Children: A Comprasion of Four Strategies. J. Appl. Soc. Psychol., 14: 274 - 288.

119 - Omer, S., et al:

1984 Prevention of the Smoking Epidemic in a Developing Country-Egypt: A Review paper. Armed Forces Medical Journal, 27: 136-146.

120- Orleans, C., Kristeller, J. & Gritz, E.

1993 Helping Hospitalized smokers aut: New directions for Treatment and research. J. Cons. Clin. Psychol., 61: 778 - 789.

121- Parrott, A.

1999 Dose Cigarette smoking cause stress? Amer Psychol. 54: 517 - 820.

122- Pechacek, T.

1979 Modiffication of Smoking Cehavior (pp. 127 - 188) In: Krasnegor, 1979.

123- Pollin, W.

1977 Foreword (pp. 5 - 6) In: Jarvik, et al, 1977.

124 - Pomerleau, O.; Collins, A.; Shifman S. & Pomerleau,.

1993 Why some people smoke and athers do not: New perpective. J. Cons. Clin. Psychol., 61: 723 - 731.

125 - Quattrone, G.

1985 On the congruity between Internal states and Ations. Psychol. Bull., 98: 3-40.

126- Royce, J.; Corbett, K.; Sorensen, G. & Ockene, J. (1999) Gender social pressure & smoking cessations. Social Science & Medicine, 44 (3): 359 - 370.

127- Russell, M.

1977 Smoking problems: An overview (pp. 13 - 34) In: Jarvik, et al, 1977.

128- Sabol, S.; Fisher, C., Gunzerath, L.; Brody, C.; Hu,S.; Sirota, L., Marcus, S.; Greenberg, B.; Lucas IV,F.; Benjamin, J.; Murphy, D. & Hamer, D.

1999 A Genetic Association for Cigarette smoking Behavior. Health Psychol., 18: 7 - 13.

- 129- Schnall, R.; Wang, H., et al.
 - 2005 Change in Worksite smoking behavior Following cancer risk feedback: A Pilot Study. Am. J. Health Behav., 29 (3): 215 217.
- 130- Schuman, L.
 - 1977 Patterns of smoking behavior (pp. 36 66) In: Javik, et al, 1977.
- 131 Schwartz, J.
 - 1977 Smoking cures: Ways to kick an unhealthy habit (pp. 308 338) In: Jarvik, et al, 1977.
- 132- SGR.
 - 2001 Women & Tobacco (www. cdc. gov / 26 / 2001).
- 133 Shifman, S.
 - 1993a Smoking cessation treatment: any progress. J. Cons. Clin. Psychol. 61: 718 722.
- 134- -----
 - 1993b Assessing smoking Patterns and motives. J. Cons. Clin. Psychol., 61: 732 742.
- 135 Solomon, R. & Corbit, J.
 - 1974 An opponent process Theory of Motivation: Temporal Dynamics of Affect. Psychol. Rev., 8: 119 145.
- 136 Soueif, M.; Darweesh, Z. & Taha, H.
 - 1985 The Association between Tobacoo smoking and use of Anather psychoactive Substances among Egyptian Male students. **Drug. & Alcihol Dependence**, 15: 4 7 56.
- 137- ----; El Sayed, A.; Darweesh, Z. & Hannourab, M. 1980 The Egyptian Study of Chronic cannabis consumption. Cairro NASER.
- 138- Stanton, W. Currie, G. Oei, T. & Slive, P.
 - 1996 Adevelopment approach to in fluences on adolescents Smoking & Quitting. Journal of Applied Developmental Psychology, 17 (3): 307 319.
- 139- Sutton, S.
 - 1982 Fear Arousing Communications: A Critical Examination of Theory and Research; In R. Eiser (Ed) Social Psychology and Behavioral Medicine, Wiley & Sons Lids pp. 303 335.

140 - Sweemey, P. & Gruber, K.

1984 Selective Exposure: Voter Information preferences and the Watergatte Affair. J. pers. Soc. Psychol., 46: 1208 - 1221.

141 - Ternes, J.

1977 An opponent process Theory of Habitual Behavior with special Reference to smoking (pp. 157 - 158) In: Jarvik, et al, 1977.

142- Triandis, H.

1977 Interpersonal Behavior . Montery. Calif. Brooks: Cale (Through: Eagly & Himmelfarb, 1978).

143- Uma Ram Nath.

1986 Smoking: Third would alert. New york: Oxford Uni. press.

144- Vogal, J.

2003 The Relationship between deression & Smoking in adolescents. J. of Adolesence, Jpring (Avalrable at www. findartickles. com).

145- Wilson, D.; Smith, B.; Speizer, I., et al

2005 Differences in feed in food in take & exercise by smoking status in addescents. **Preventive Medicine**, 40 (6): 872 - 879.

146- WHO.

1980 International Programe on the Diagnosis and Classification of Mental Disenders; Subgroup 4: Alcohol and Drug Related Problems. Washington 25 - 29th Augst.

147 www. Casacolumbia. org.

148- www. Cdc. gov.

149- www. surgeongeneral. gov.

150- Yang, G. Fan, L., Tan, J., et al.

1999 Smoking in China; Finding of the 1996 national prevalence survey. **Journal of American Medical Association**, 282 (13): 1247 - 1253.

* * *

الفهرس

الصفح	الموضوع
٩	– مقدمة الطبعة الثالثة
14	– مقدة الطبعة الثانية
17	– مقدمة الطبعة الأولى
24	غهيد المراجعة المراجع
40	القصل الأول: أضرار تدخين السجائر
۳۸	أولاً: آثاره على الجسم
٤٦	ثانيًا: آثاره على النفس
20	ثالثًا؛ آثاره على الآخرين
٥٧	رابعًا: آثاره على الوطن
7.1	الفصل الثاني: بدء التدخين
74	التدخين يكتسب على مراحل
٦٨	العوامل المشجعةُ على بدء التدخينُ
۸٧	القصل الثالث: الاستمرار في التدخين
۸٩	التفسير الأول للاستمرار
94	التفسير الثاني. ٠٠.٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠
1	التفسير الثالث
1.4	التفسير الرابع
1-4	الفصل الثاني - الامتناع عن التدخين
117	الأساليب الفسيولوجية
118	أساليب التنفير

الصفحة	الموضوع
110	أساليب التحكم الذاتي
114	التحكم في معدل التدخين
114	برامج الوقاية من الانتكاس
174	برامج الصحة العامة
144	تقويم أساليب الامتناع السابقة
141	الفصل الخامس؛ الوقاية من بدء التدخين
144	أهمية الوقاية من بدء التدخين
144	التخاطب كوسيلة للوقاية
1 2 1	بحوث الوقاية من بدء التدخين
107	علاقة الاتجاه بالسلوك
171	الفصل السادس: أما بعد
1/1	المراجع العربية
۱۸٤	المراجع الأجنبية





هذا الكتاب

يستهدف إماطة اللئام من مشكلة شديدة الخطورة يواجهها العالم أجمع . ومن أبرز مظاهر هذه الخطورة:–

- إن التدخين هو المستول الأول عن قائمة طويلة من الأمراض التي
 تؤدي الإصابة بها إلى الوفاة.
 - ٢ إن التدخين يؤدي إلى خسائر اقتصادية فادحة
- ٣- و المظهر الاكتر خطورة ، أن منتجات التبغ كافة تسبب الإدمان وأن ((البكوتين)) هو العصر الموجود في هذه المنتجات ، ويؤثر في المخ مسبباً هذا الإدمان ، وأن كل العطيات الكيميائية الحيوية والسلوكية المحددة الإدمان ((البكوتين)) قاتل قامًا ما يحدث عد إدمان أكثر المخدرات تأثيرًا في الجهاز العصبي كالهيروين والكوكاين وغيرهما.



85 59